

DES

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS

IDIOPATHIQUES

GENÈVE. — IMPRIMERIE RAMBOZ ET SCHUCHARDT

DES

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS

IDIOPATHIQUES

OU

DE L'ANGINE PHLEGMONEUSE

PAR

Le Dr V. GAUTIER

MÉDECIN DE L'INFIRMERIE DE PLAINPALAIS



GENÈVE ET BALE

H. GEORG, LIBRAIRE-ÉDITEUR

—

1869

INTRODUCTION

L'inflammation des tissus qui constituent la paroi postérieure du pharynx, ou l'angine phlegmoneuse [1], n'est pas toujours limitée à la région gutturale; elle peut, sans perdre ses caractères symptomatologiques, s'étendre sur les côtés du cou et le long de la face postérieure de l'œsophage. Pour être rigoureusement exact, il faudrait souvent employer les termes d'abcès rétro-latéro-pharyngiens, ou rétro-pharyngo-œsophagiens; mais ces dénominations pécheraient par leur longueur et leur dissonance.

La connaissance des phlegmons rétro-pharyngiens remonte déjà aux médecins de l'antiquité ; mais la première description avec faits à l'appui a été publiée en 1819 par Abercrombie. Je rendrai compte des mémoires spéciaux qui ont vu le jour depuis lors; plusieurs d'entre eux m'ont fourni de précieux documents.

J'ai réussi à recueillir quatre-vingt-dix-sept observa-

[1] A l'exemple de Trousseau, le prof. Lasègue emploie le terme d'angine phlegmoneuse pour désigner la péri-amygdalite; il passe entièrement sous silence le phlegmon rétro-pharyngien, comme si cette maladie n'existait pas; c'est une lacune que je signale à l'élégant écrivain, auteur du *Traité des angines*.

tions d'abcès rétro-pharyngiens idiopathiques; deux d'entre elles me sont personnelles; les autres se trouvaient disséminées dans un très grand nombre de publications allemandes, françaises ou anglaises. En analysant ces faits avec un soin scrupuleux, sans me préoccuper des opinions des pathologistes, j'espère être parvenu à tracer la monographie des abcès du pharynx.

Le travail auquel je me suis livré, m'a permis de faire pour la première fois la description anatomo-pathologique des abcès rétro-pharyngiens.

Je suis arrivé, par des relevés statistiques, à démontrer la fréquence relativement très grande de ces abcès dans la première année de la vie. Les phlegmons traumatiques du pharynx et les phlegmons secondaires ont été étudiés spécialement. Quoique la description des collections purulentes de l'arrière-gorge, ayant pour origine un kyste thyroïdien, ne rentrât pas dans le cadre que je m'étais tracé d'avance, j'ai consacré quelques pages à ce sujet, à cause de son importance pour le diagnostic.

Je me suis assez longuement étendu sur la symptomatologie et la diagnose des phlegmons du pharynx, soit pour préciser exactement la nature des différents symptômes, soit pour exclure de cette description les signes admis par les auteurs d'après leurs idées préconçues, en dehors de l'observation clinique. J'ai fait ressortir la distinction entre la forme circonscrite et la forme diffuse ou gangréneuse des phlegmons pharyngiens, et les différents modes de terminaison de la maladie ont pu être exposés.

Les indications relatives au traitement avaient été formulées d'une manière simple et rationnelle par Mondière, Bokai et E. Gillette; plus encore que ces auteurs, j'ai insisté sur l'urgente nécessité d'inciser la tumeur dès qu'elle

est perceptible au doigt. Les observations citées dans le cours de ce mémoire viennent toutes à l'appui de ce précepte.

Ma description offrira des lacunes que je m'efforcerai de signaler; elle pourra paraître longue, surchargée d'observations; mais j'ai cru nécessaire d'appuyer autant que possible mes assertions par des faits. On trouve encore dans les livres des opinions si erronées sur cette maladie, qu'il ne suffit pas de la parole d'un homme obscur pour les combattre.

Tout traité de pathologie interne ou externe devrait contenir un chapitre relatif aux abcès rétro-pharyngiens; car, bien que cette affection réclame impérieusement un traitement opératoire, elle n'apparaît jamais à celui qui en est atteint comme une affection chirurgicale, et les maladies avec lesquelles elle peut être confondue sont pour la plupart du ressort de la pathologie interne. Si j'ajoute que l'angine phlegmoneuse abandonnée à elle-même est à peu près inévitablement mortelle, qu'elle guérit au contraire presque toujours lorsqu'elle est convenablement traitée, on comprendra facilement combien il importe d'attirer sur elle l'attention de tous les médecins.

Genève, décembre 1868.

HISTORIQUE

Le mot abcès rétro-pharyngien, généralement employé pour désigner la maladie que j'essaie de décrire, est un mot hybride ; on a proposé de le remplacer par celui d'opistho-pharyngien ou péri-pharyngien ; d'autres auteurs disent angine ou pharyngite phlegmoneuse ; j'emploierai quelquefois ce terme pour éviter les répétitions ; mais comme il a été appliqué à l'amygdalite ou à la peri-amygdalite par des pathologistes éminents, par M. Trousseau entre autres, je m'en tiendrai habituellement au terme consacré par l'usage, tout défectueux qu'il soit.

Les auteurs grecs décrivent les diverses espèces d'angines sous le nom de συναγχη ou de κυναγχη, ils appliquent le premier de ces termes à l'inflammation des muscles internes du pharynx, le second à l'inflammation des muscles internes du larynx. Ils ajoutent à ces deux espèces distinctes, deux autres variétés secondaires, le παρασυναγχη et le παρακυναγχη, la première signifiant l'inflammation des muscles extérieurs au pharynx, la seconde au larynx. Suivant Hippocrate et Celse, l'expression de παρασυναγχη si-

gnifie simplement angine légère, et lorsqu'au contraire, on veut parler d'une angine intense, elle reçoit le nom de ως συναγχη.

Les mots de synanche ou de cynanche ont été longtemps conservés par les pathologistes anglais, comme désignant tout espèce d'inflammation de la région gutturale ou laryngée et donnant lieu à de la dyspnée. En France, le mot a subi peu à peu des transformations : Ambroise Paré disait squinance, plus tard on a dit squinancie, puis esquinancie ou angine indifféremment ; les chirurgiens du XVIIIme siècle distinguaient l'esquinancie de l'amygdalite proprement dite ; suivant Verduc, « l'angine ou l'esquinancie est une inflammation des muscles et des autres parties de la gorge, » et « il faut prendre garde de prendre l'esquinancie pour une tumeur des amygdales [1]. »

Cette distinction ne s'est pas conservée de nos jours, si l'on en croit les auteurs du dictionnaire de Nysten, qui font esquinancie synonyme d'amygdalite.

Je me suis quelque peu étendu sur cette synonymie, afin de mettre sur la voie ceux qui voudraient faire de nouvelles recherches dans les auteurs anciens pour y trouver des exemples d'abcès retro-pharyngiens. Je suis loin d'avoir épuisé toutes les sources et peut-être me suis-je trop tôt arrêté, car on verra tout à l'heure qu'avant le XIXme siècle, les observations manquent presque complétement ; il ressort cependant de presque tous les anciens traités de médecine que leurs auteurs avaient connaissance de cette maladie : n'est-ce pas à elle qu'Hippocrate fait allusion lorsqu'il répète à diverses reprises : « Dans l'angine, tout ce qui ne manifeste pas le mal au dehors est funeste [2]. » Dans

[1] Pathologie de chirurgie, de J.-B. Verduc, 1703, t. II, p. 261.

[2] Prénotions coaques, trad. Littré, t. V, p. 663.

un autre traité, en parlant de l'opisthotonos, il donne comme une des causes de ce symptôme la suppuration de la gorge et indique un procédé pour ouvrir l'abcès du pharynx: « Tâtez avec le doigt si la partie est molle, attachez au doigt un ferrement aigu et perforez [1]. »

Ambroise Paré donne une description parfaite des abcès rétro-pharyngiens. Après avoir établi trois espèces de *squinance,* voici comment il s'exprime [2] :

« La première est avecques grande douleur sans apparence de tumeur au dehors, parce que l'humeur est contenu au derrière des deux amygdales près les vertebres du col: et partant ne peut estre apperceüe, si on ne presse sur la langue avec une spatule, ou speculum oris, et alors on voit une rougeur et inflammation en cette partie. Aussi le malade a difficulté de respirer et d'avaller les viandes, tire la langue hors la bouche (comme fait un chien qui a grandement couru et la tient ouverte pour mieux attirer son haleine) et parle du nez, estant contraint estre couché assis pour mieux avoir son vent : son boire monte et sort quelquefois par les naseaux, à cause que les voies de l'air, du boire et du manger sont estouppées, il a les yeux flamboyants et fort enflés, se forcettans hors de leur orbite: et à tels souvent advient une subite suffocation avec une escume sortant hors la bouche.....

« Et lorsque l'on connoistra la tumeur estre suppurée, la bouche du malade sera ouverte avec un speculum oris, et la tumeur sera percée avec une longue bistorie ou lancette courbée. »

Jean-L. Petit connaissait bien aussi les abcès rétro-pha-

[1] Des maladies, t. VII, p. 47.

[2] Amb. Paré, Œuvres complètes, édit. Malgaigue. Paris, 1840, t. I, p. 386.

ryngiens, puisqu'il inventa, pour les ouvrir, un instrument spécial, le pharyngotome, mais il ne rapporte aucun exemple de l'emploi de cet instrument.

Depuis l'ouvrage de Vidal de Cassis (1840), la plupart des traités de chirurgie renferment un chapitre sur les abcès du pharynx ; j'en excepte le livre récent de Holmes (1868) sur la chirurgie des enfants, qui passe complétement sous silence cet important sujet. Quant aux traités de pathologie interne, les uns, comme J. Frank, Canstatt (1844), West, Rilliet et Barthez donnent un résumé exact des travaux qui leur sont antérieurs, d'autres se taisent complétement sur la pharyngite phlegmoneuse, d'autres, enfin, donnent de cette maladie des descriptions qu'ils ont prises partout ailleurs qu'au lit du malade ou dans les mémoires déjà publiés.

Passons maintenant en revue les observations isolées et les mémoires spéciaux relatifs aux abcès du pharynx.

La première observation appartient à Fabrice de Hilden (1669), j'aurai plus loin l'occasion de la citer ; c'est un cas de corps étranger du pharynx expulsé spontanément par la bouche après avoir déterminé la formation d'un abcès. Le second cas fut publié, en 1788, par Desault ; ce n'est pas un abcès proprement dit, ainsi que je chercherai à le prouver, mais bien un kyste thyroïdien suppuré et ouvert artificiellement dans le pharynx.

En 1802, le citoyen Bobe Moreau, officier de santé à Rochefort, inséra dans le Recueil périodique une observation détaillée d'abcès rétro-pharyngien, et Roussille Chamseru accompagna cette observation de réflexions et de l'histoire d'un autre malade atteint de la même affection.

Ce fut Abercrombie qui, le premier, donna, en 1819, une

courte description de la maladie en publiant trois observations originales, toutes trois terminées par la guérison à la suite de l'incision de l'abcès.

Dans les 21 années qui suivirent, un assez grand nombre d'observations isolées furent rapportées par différents journaux ou par des ouvrages de pathologie ; un seul auteur, Lœwenhardt, publia à la fois deux observations originales, il donne à la maladie le nom d'*angina faucium*.

En 1840, Christoph Fleming, de Dublin, fit part de trois nouveaux cas ; cette publication fit déjà connaître d'une manière plus précise la symptomatologie des phlegmons gutturaux ; mais le mémoire le plus important de cette époque est celui de Mondière, médecin à Loudun, inséré en 1842 dans le journal l'*Expérience* : Mondière n'avait vu qu'un seul cas d'abcès rétro-pharyngien, et n'était arrivé à diagnostiquer le mal qu'au bout de plusieurs jours, au moment où l'état de son malade atteignait un haut degré de gravité ; frappé de l'ignorance qui régnait encore sur ce sujet, Mondière fit des recherches et réussit à rassembler une vingtaine d'observations ; il ne soumit pas ces faits à une sévère analyse, mais traça les notions générales qui pouvaient ressortir de leur étude.

Tous les pathologistes qui ont tenu depuis lors à donner un exposé fidèle de la maladie, l'ont emprunté à Mondière.

Plusieurs cliniciens se sont, depuis Mondière, occupés des abcès rétro-pharyngiens ; pour ne parler ici que de ceux qui ont publié un certain nombre d'observations originales, je citerai Fleming qui, aux trois faits qu'il avait fait connaître antérieurement, en ajouta deux en 1849 ; Henoch, six observations dans deux publications successives, Falkenheim, en 1851, trois observations dans une thèse

inaugurale de l'université de Königsberg. Un résumé publié à New-York, par le Dr Allin, donne l'analyse de 58 observations, parmi lesquelles plusieurs appartiennent aux abcès par congestion symptomatique de la carie vertébrale. L'ouvrage du Dr West sur la pathologie de l'enfance renferme deux observations propres à l'auteur (1854).

Nous arrivons maintenant à l'année 1858, dans le cours de laquelle a paru un mémoire du Dr Bokai, médecin de l'hôpital des enfants à Pesth. Ce mémoire renferme onze observations propres à l'auteur, neuf d'entre elles sont relatives à des abcès pharyngiens indépendants de toute lésion osseuse, deux autres sont des cas d'abcès symptomatiques de nécrose vertébrale ; j'aurai fréquemment occasion de citer cet excellent travail.

Vient ensuite une thèse du Dr Bordères (Strasbourg, 1862) avec deux cas nouveaux; mais le premier de ces cas, et le seul qui soit rapporté en détail, est copié textuellement, sans renvoi et sans citation d'auteur, sur une observation publiée, en 1859, par M. Valin, aide-major au Val de Grâce.

En 1867 parut la thèse de M. Eugène Gillette contenant une description anatomique des ganglions post-pharyngiens, six observations inédites et une monographie de la maladie fondée sur quarante-huit observations. Cette thèse m'a été précieuse à plus d'un titre ; je reprocherai seulement à l'auteur de ne s'être pas attaché à l'analyse exacte et détaillée des faits pour établir ses déductions et sa description symptomatologique, et de n'avoir pas tenu compte des publications en langue étrangère, trop importantes pour être négligées. M. Gillette n'ayant lui-même observé la maladie que chez les adultes, laisse un peu de

côté la partie essentielle du sujet, celle qui est relative aux phlegmons pharyngiens chez les enfants.

La Clinique des maladies chirurgicales des enfants, de M. Giraldès, consacre un chapitre aux abcès rétro-pharyngiens; j'aurai à discuter plus loin les opinions et la pratique du savant chirurgien de l'hôpital des enfants.

Des sociétés scientifiques se sont occupées à diverses reprises des phlegmons du pharynx.

En 1859 [1], M. Chassaignac communiqua à la Société de chirurgie de Paris une observation de ligature de la carotide primitive chez un malade sur lequel l'incision d'une tumeur de l'arrière-gorge avait provoqué une violente hémorrhagie. M. Chassaignac avait diagnostiqué un abcès rétro-pharyngien, mais les membres de la Société émirent des doutes sur la rectitude de ce diagnostic ; ces doutes doivent subsister malgré l'évacuation abondante de pus qui survint plusieurs jours après l'opération, à travers la plaie de la ligature ; cette observation ne trouvera donc pas place dans mon travail.

Je ne fais que mentionner trois observations de M. Verneuil [2], communiquées fort en abrégé à la même Société. La discussion provoquée par le récit de ces faits, a porté plutôt sur les adénites syphilitiques en général, et ne peut nous intéresser ici ; mais c'est à l'occasion de cette présentation que M. Verneuil a affirmé l'existence des ganglions post-pharyngiens, déjà révélée dans le traité d'anatomie de Sappey, et mise en doute par plusieurs membres de la Société de chirurgie.

La discussion la plus intéressante relativement aux ab-

[1] Bulletins de la Société de chirurgie de Paris, 1859, t. X, p. 83 et 137.

[2] Bulletins de la Société de chirurgie de Paris, 1864, 2me série, t. IV, p. 200 et 207.

cès du pharynx a eu lieu, en 1865, à la Société médicale de Berlin[1]; après la lecture d'une belle observation du Dr Riedel, plusieurs membres ont rapporté de nouveaux faits et exposé les résultats de leur expérience clinique.

Voici maintenant la liste complète des observations qui ont servi de base à mon travail et dont plusieurs seront rapportées in-extenso dans le cours du mémoire; je les ai rangées par ordre alphabétique.

[1] Berliner klinische Wochenschrift, Février 1865, nº 8, et Deutsche Klinik, 4 Mars 1865, nº 9.

BIBLIOGRAPHIE

ABERCROMBIE (3 observations). Edimburgh med. and surgic journal. Avril 1819, t. XV, p. 259.

ALLÉ. Oesterr. med. Wochenschrift. Wien, 1841, n° 6.

ALLIN (résumé de 58 observations). New-Yorck journ. of med. Nov. 1851, et Deutsche Klinik. Berlin, mars 1868, p. 88.

ANONYME. L'Expérience. Paris, 1844, t. XIII, p. 43.

IDEM. The Lancet. Lond. 1866, t. II, p. 574.

BALLOT. Archives génér. de méd. Paris, 1841, troisième série, t. XII, p. 257.

BÉGIN. Dict. de méd. et de chir. pratiques. Paris 1834, t. XII, p. 626.

BESSEMS. Annales de la Soc. de méd. d'Anvers. Mai 1846, et Gaz. méd. de Paris, 1846, p. 994.

BESSERER. Med. Corresp. Blatt Rhein. und Westph. Aerzte, 1844, n° 22, et Bouchut, Traité des malad. des nouveau-nés. Paris, 1852, p. 445.

BIERBAUM. Preuss. med. Vereinsztg. 1860, n° 6, et Canstatt, Jahresb. 1861, t. III, p. 232.

BOBE-MOREAU. Rec. périodiq. de la Soc. de méd. de Paris. An X, t. XIII, p. 48.

BOKAI (9 observations). Jahrbuch für Kinderheilkunde. Vienne, 1858, t. I, p. 205.

BORDÈRES. Thèse inaug. Des abcès du pharynx, consécutifs aux angines. Strasbourg, 1862.

Bouvier. Bullet. de l'Acad. de méd. de Paris, 1837, p. 714.
Byrne. Americ Journ. of med. science. Août 1838, et Revue médicale. Paris, 1838, t. IV, p. 251.

Carmichael. Transact. of te Irish med. college, t. III, et Revue médicale. Paris, 1822, t. VII, p. 77.
Créquy (2 observations). Gazette hebdomad. de méd. et de chir. Paris, 1861, t. VIII, p. 700.
Cricton Browne. Edinburgh Review, 1865, et Journal de méd. de Lyon. 1865, t. III, p. 319.
Cruveilhier. Traité d'anatom. pathologique. Paris, 1849, t. II, p. 198.

Dariste. Bullet. de la Soc. anatom. Paris, 1836, et Chassaignac, Traité de la suppuration et du drainage. Paris, 1859, t. II, p. 173.
Desault. Ancien journal de médecine. Paris, 1788, t. LXXV, p. 461.
Detmold. Hufelands Journ. der prakt. Heilkunde. Berlin, 1820, t. LI, p. 113.
Duparcque. Annales d'Obstétriq. etc. Paris, 1842, et Gazette des hôpitaux. Paris, 1843, p. 105.
Duportail et Gibert. Journal général. Paris, 1828, t. CIII, p. 335.
Dupuytren. Bulletin de thérapeutique. Paris, 1834, t. VI, p. 213.

Fabrice de Hilden. Centur. Lugduni, 1641, p. 44. Centur. I, observat. XXXII.
Falkenheim (3 observations). Diss. inaug. De abscessibus retropharyngeis. Kœnigsberg, 1851.
Fiske. Med. and phys. journal. Mai 1816, et Biblioth. méd. 1817, t. LVII, p. 407.
Fleming (3 observations). Dublin Journ. of med. science, 1840, t. XVII, p. 41, et Gaz. méd. de Paris, 1840, p. 425.
Idem (2 observations). Soc. méd. de Dublin, février 1850, et Journ. für Kinderkrankheiten. Erlangen, 1850, t. XIV, p. 444.
Fletscher. Medic. chirurg. notes and illlustr. Lond. 1831, part. I.

FLOYER. Gilbert-Bonneau. Thèses de Montpellier. 1851, n° 42.
FORGET. Gaz. méd. de Paris, 1835, deuxième série, t. III, p. 588.

GAUTIER (2 observations). Inédites.
GÉHIN. Des abcès rétropharyngiens. Thèses de Strasbourg, 1856. (Ne contient pas d'observations d'abcès pharyngiens idiopathiques.)
GILBERT-BONNEAU. Considérations sur les collections purulentes du pharynx. Thèses de Montpellier, 1851, n° 42.
GILLETTE, Eugène (2 observations propres à l'auteur). Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques. Thèses de Paris, 1867, n° 223.
GIRALDÈS. Leçons cliniques sur les maladies chirurg. des enfants. Paris, 1868, p. 359.
GRANDCLÉMENT. Le Progrès, journal. Paris, 1858, t. I, p. 718.
GUÉNIOT. Thèse de Gillette, p. 70.

HENOCH. (3 observations). Romberg. klinische Wahrnehm. und Beobacht. Berlin, 1851, p. 123.
IDEM. Deutsche Klinik. Berlin, 1865, p. 87.
IDEM (2 observations). Verhandl. der Berliner med. Gesellsch. Berlin, 1866, fascicul. II, p. 168.
HÉVIN. Mém. de l'Acad. de chirurgie. In-quarto, 1743, t. I, p. 465.
HILDENBRAND. Annales schol. clinic. Ticinencis. Pavie, 1826, t. I, p. 196.
HOCKEN. Prov. med. and surg. journ. Edinburgh, oct., nov. et déc. 1842, et Journal des connais. méd. et chirurg. Juillet 1843, p. 36.
HŒLZLE. Med. Corresp.-Blatt des Wurtemb. ærztl. Vereins. Stuttgart, 1858, t. XXVIII, p. 104 (observation d'abcès pharyngien symptomatique d'une carie de l'atlas).

LANGE. Deutsche Klinik. Berlin, 1860, t. XII, p. 266.
LEDENTU. Thèse de Gillette, p. 69.
LŒWENHARDT (2 observations). E. v. Siebold, Journ. f. Geburtshülfe. Berlin, 1830, t. IX, p. 337.

MAUNOURY. Gaz. méd. de Paris, 1835. Deuxième série, t. III, p. 588.
MAXWELL WADE. Dublin med. Press. 1840, t. IV, p. 8.

MARJOLIN. Thèse de Gillette, p. 50.
MAYER. Travaux de la Soc. de méd. de Boom, 1847, et Thèse de Gillette, p. 72.
MAX, Oscar. Presse médicale belge. Avril à décembre 1862.
MÉANDRE DASSIT. Monographie des maladies du pharynx. Thèse de Montpellier, 1835, n° 78.
MOELLER. Deutsche Klinik. Berlin, 1865, p. 87.
MONDIÈRE. L'Expérience, journal. Paris, 1842, t. IX, p. 33, et passim.
MORRIS. Collect. of Philadelph., 4 janvier 1842, et Oppenheimer. Zeitschrift, t. XXI, p. 236.
MOTT. Gazette méd. de Paris, 1835, deuxième série, t. III, p. 588.

NÉLATON. Le Progrès, journ. Paris, 1858, t. I, p. 576.
NOLL. Deutsche Klinik. Berlin, 1852, t. IV, p. 308.

PEACOCK. Monthly Journ. of med. science. Oct. 1847, et Gaz. méd. de Paris, 1848, troisième série, t. III, p. 715.
PETRUNTI. Filiatre sebezio. Mai, 1839, et Gaz. méd. de Paris. 1839, deuxième série, t. VII, p. 122.
PICHANCOURT. Bulletin de la Soc. méd. de Reims, 1866-67, n° 3, p. 13.
PRIOU. Journ. de méd. de Nantes. Déc. 1829, et Revue médic. de Paris, 1830, t. XXXVII, p. 465.

RAYER. Annal. de thérap. méd. et chir. de Rognètta. Paris, 1848, p. 406.
ROUSSILLE-CHAMSERU. Recueil périodiq. de la Soc. de méd. de Paris, an X, t. XIII, p. 55.
RENDU. Bulletin de la Soc. anatomique de Paris, 1839, 14me année, p. 66.
RIEDEL. Berliner klinische Wochenschrift, 1865, t. II, p. 74.

SAVORY. The Lancet. Lond. 1866, t. II, p. 574.
SOTTAS. Thèse de Gillette, p. 33.

TRAVERS. Edinburgh med. and surg. Journal, 1820, t. XVI, p. 157.

UHDE. Deutsche Klinik. Berlin, 1856, t. VIII, p. 32. (Observations d'abcès rétro-pharyngiens symptomatiques de carie vertébrale.)

VALIN. Moniteur des sciences méd. et pharm. Paris, 1859, t. I, n° 14.

VERNEUIL (3 observations). Bulletin de la Soc. de chirurgie de Paris, 1864, deuxième série, t. IV, p. 200 et 207.

WALDENBURG. Deutsche Klinik. Berlin, 1865, p. 87.

WEST (2 observations). Lectures on Diseases of Infancy. Lond. 1854, p. 443.

WINTERNITZ. Wochenblatt der Gesellsch. für Aerzte in Wien, 1861, n° 30, et Gaz. hebd. de méd. et chir. Paris, 1861, t. VIII, p. 789.

WORTHINGTON. Prov. med. and surg. Journ. Edinburgh, 1842, et Journ. des conn. méd. chirurg. Juillet, 1843, p. 36.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Quelques mots d'anatomie normale.

Les limites du pharynx sont en haut l'apophyse basilaire, en bas le bord inférieur du troisième constricteur, correspondant à peu près au cartilage intervertébral des sixième et septième vertèbres cervicales.

Un seul point de l'anatomie de cette région devra nous occuper, la plupart des traités n'en ayant point encore fait mention; je veux parler des ganglions post-pharyngiens.

On rencontre ces ganglions chez tous les enfants âgés de moins de trois ans. Situés de chaque côté de la ligne médiane, séparés l'un de l'autre par un intervalle d'un centimètre à un centimètre et demi, ces ganglions occupent le tissu lamineux très lâche qui sépare le constricteur supérieur de l'aponévrose, des muscles prévertébraux; lorsqu'on enlève le pharynx, ils y restent attachés et se trouvent placés à l'union de sa face postérieure avec sa face latérale ; leur distance de l'apophyse basilaire est de deux ou trois centimètres; ils se trouvent donc en face du corps

de l'axis ou de la troisième vertèbre cervicale, à un ou deux centimètres au-dessous du bord supérieur du premier constricteur et immédiatement en dedans de l'artère carotide interne. Ils sont arrondis ou ovoïdes, plus ou moins aplatis d'avant en arrière, quelquefois de volume inégal ; M. Sappey, sans indiquer leur grosseur, dit que ce sont de gros ganglions, ceux que j'ai vus étaient, l'un du volume d'une lentille, l'autre d'une dimension double. M. Cocteau a vu dans deux cas, au-dessous du premier ganglion, un autre ganglion beaucoup plus petit rattaché au précédent par deux ou trois troncs lymphatiques.

Les vaisseaux afférents de ces ganglions forment un riche réseau sur la muqueuse ; ils proviennent par trois ou quatre troncs principaux de la muqueuse de la portion supérieure du pharynx, et de celle qui entoure le pavillon de la trompe d'Eustache et la face supérieure du voile du palais. Les vaisseaux efférents se rendent dans les ganglions placés en dehors et un peu au-dessous des amygdales où ils se rencontrent avec la plupart des lymphatiques de la langue.

Cette description ne se rapporte qu'aux enfants de 0 à 2 ou 3 ans. Sur des cadavres d'enfants plus âgés on peut ne trouver qu'un seul ganglion ou n'en pas trouver du tout ; on les a cependant rencontrés chez un enfant de 8 ans et même chez plusieurs adultes, mais de nouvelles études anatomiques sont nécessaires pour mieux connaître la différence de forme et de volume de ces ganglions, leur présence ou leur absence suivant l'âge des sujets.

Outre ces glandes lymphatiques, M. Gillette décrit deux traînées adipeuses existant constamment chez les enfants, disposées en forme de grappe allongée et situées de chaque côté de la ligne médiane rétro-pharyngienne.

Les sources où j'ai puisé cette description, sont: le traité d'anatomie de Sappey, celui de Luschka, la discussion soulevée à ce sujet par M. Verneuil à la Société de chirurgie de Paris, la thèse de M. Gillette, une note manuscrite due à l'extrême obligeance de M. Cocteau, prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, enfin trois dissections d'enfants que j'ai faites moi-même avec l'aide de mon ami le Dr Revilliod.

La plupart des chirurgiens divisent en deux périodes la formation d'un abcès phlegmoneux: dans la première période, le pus est disséminé par places en petits foyers multiples isolés ; dans la seconde, le pus s'agglomère et se concentre en un seul foyer ; d'autres chirurgiens, et M. Chassaignac[1] en particulier, pensent que la formation du pus dans le phlegmon du tissu connectif ne commence jamais par des points multiples, et qu'à toutes les périodes de la maladie il y a un foyer qui conserve toujours son unité.

Quelle que soit l'opinion qu'on se forme sur la période initiale du phlegmon simple aigu, il est certain qu'au début de sa formation, on constate un gonflement œdémateux, rouge, douloureux, produit par une infiltration de lymphe plastique autour du foyer et dans son voisinage, et que ce gonflement concomitant diminue, subit une véritable résolution à mesure que le pus s'accumule dans la cavité de l'abcès, et que celui-ci s'agrandit.

A défaut d'autopsies cadavériques, l'observation clinique fournit des données suffisantes pour caractériser ce premier stadium de suppuration disséminée ou d'infiltration

[1] Traité pratique de la suppuration et du drainage. Paris, 1859, t. I, p. 179.

plastique de voisinage dans les phlegmons du pharynx. On constate, en effet, au début de la maladie, rougeur, œdème, induration, tension du pharynx et de tous les organes situés au fond de la cavité bucco-pharyngienne, douleur dans les mouvements de déglutition et dans la rotation de la tête, dyspnée légère.

On pourrait donner à cette période le nom de période angineuse, car sa symptomatologie est la même que celle de l'angine simple, et de là vient qu'un grand nombre d'auteurs ont considéré les abcès rétro-pharyngiens comme des accidents consécutifs à l'inflammation de la muqueuse pharyngienne. Pour partager cette opinion, il faudrait admettre que l'abcès se forme d'emblée, comme un champignon, sans préparation, sans symptômes initiaux; ce serait là méconnaître la marche invariable de toute inflammation phlegmoneuse.

On observe assez souvent, surtout chez l'adulte, entre la première et la seconde période, un intervalle plus ou moins long d'amélioration passagère, de rémission ; ce phénomène me paraît facile à expliquer : pendant la durée assez courte de la première période du phlegmon pharyngien, la douleur, la rougeur, l'infiltration œdémateuse occupent toute la surface de la muqueuse gutturale ; lorsque le foyer purulent commence à se développer, ces premiers symptômes tendent à diminuer d'intensité, à se circonscrire du moins à un plus petit espace. La tumeur, encore peu volumineuse, située au fond d'une vaste cavité, n'entrave encore qu'à un faible degré les fonctions auxquelles cette cavité est destinée ; de là ce retour apparent vers la convalescence. Bientôt cependant, l'abcès grandit, se développe, et l'obstacle qu'il oppose à tous les mouvements, la tension vasculaire et nerveuse qu'il occasionne, donnent

lieu à des symptômes plus graves, trop souvent suivis de la mort du malade. C'est là la deuxième période; j'essaierai de décrire les lésions anatomiques qui la caractérisent.

Quarante et une de nos observations se terminent par la mort, ces quarante et un cas ont donné lieu à trente-huit autopsies qui serviront de base à notre description.

La plupart des abcès rétro-pharyngiens occupent à la fois la paroi postérieure du pharynx et de la portion supérieure de l'œsophage; il n'y a donc pas lieu à faire une distinction tranchée entre les abcès pharyngiens et les abcès de la partie supérieure de l'œsophage.

La limite supérieure de la cavité purulente remonte souvent à la base même du crâne à l'apophyse basilaire (huit fois); d'autres fois, elle se trouve au niveau de l'articulation atloïdo-axoïdienne (une fois) ou au niveau de l'axis (trois fois); de la troisième vertèbre cervicale (une fois) ou, plus bas encore, au niveau de l'ouverture du larynx (trois fois).

Quant à la limite inférieure, elle ne se trouve qu'une seule fois (obs. XX) à la hauteur du bord libre du voile du palais; le plus souvent, cette limite descend plus bas : au niveau du cartilage cricoïde (deux fois), des quatrième, cinquième, sixième et septième vertèbres cervicales (quatre fois), de la première ou de la deuxième dorsale (trois fois), du bord supérieur du sternum (une fois) ; enfin, chez six malades, la poche purulente s'étend jusqu'au médiastin postérieur et à la cavité pleurale.

On voit par là combien est grande la variété de volume des abcès rétro-pharyngiens, puisque les uns ne mesurent pas plus d'un pouce ou deux de hauteur, tandis que d'autres atteignent des dimensions énormes.

La largeur du foyer est rarement notée : elle est une fois de deux centimètres à peine, une autre fois d'un pouce et demi, dépassant sur les côtés le corps des vertèbres. Il est à remarquer, du reste, que la dimension horizontale de nos abcès est généralement moins grande que leur dimension verticale. Je citerai comme exemple l'observation III, dans laquelle le foyer s'étend en hauteur de la base du crâne à la deuxième vertèbre dorsale, et n'offre cependant qu'un pouce de largeur.

Quant à l'ensemble du volume de la poche purulente, on peut se faire une idée de ses variations, soit par les comparaisons établies avec différents objets : une noisette ou une noix (deux fois), un œuf de pigeon (une fois), un œuf de poule (5 fois) ; soit encore mieux par l'évaluation de la quantité de pus contenue dans la cavité ; cette quantité varie entre : une cuillerée à café et demi (une fois), trois à quatre cuillerées (deux fois), une demi-tasse ; le poids du liquide est tantôt d'une demi-once (deux fois), d'une once (deux fois), de quatre onces (une fois), de six à huit onces (deux fois) ; enfin, il s'est élevé une fois à plus de trois chopines.

Le pharynx étant constitué par une paroi épaisse, formée elle-même de plusieurs couches membraneuses et musculeuses superposées, il s'agit maintenant de savoir quelle est la position la plus fréquente des abcès relativement à ces divers plans membraneux.

Nous ne nous occuperons pas des abcès folliculaires ou siégeant dans l'épaisseur même de la muqueuse pharyngienne, leur symptomatologie étant essentiellement différente de celle des phlegmons que nous voulons décrire.

En arrière de la membrane muqueuse, entre celle-ci et les muscles constricteurs, se trouve une couche de tissu

lamineux dans laquelle on a quelquefois rencontré du pus : les auteurs qui ont décrit la laryngite œdémateuse, M. Sestier entre autres, parlent fréquemment de l'infiltration purulente ou séro-purulente du tissu sous-muqueux du pharynx, comme venant compliquer l'angine laryngée. L'ouvrage de mon vénéré maître, M. Louis [1], rapporte deux cas de suffusion purulente sous-muqueuse du pharynx ; chez ces deux sujets, comme chez ceux de M. Sestier, le pus s'étale en nappe ou est infiltré dans cette couche celluleuse, mais ne se réunit pas en foyer. Malgré d'attentives recherches, je n'ai pu encore trouver un seul cas d'abcès pharyngien siégeant dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Les trente-huit autopsies que j'ai recueillies sont toutes relatives à des foyers purulents situés *en arrière* des muscles constricteurs et, pour la plupart, dans le tissu lamineux qui sépare les constricteurs des muscles prévertébraux et de leur aponévrose. La présence de ganglions lymphatiques à la partie supérieure de cette couche celluleuse n'étant pas généralement connue, aucune de nos observations ne signale la recherche de ces ganglions [2], et si l'analogie avec ce qui se passe dans d'autres régions doit faire admettre avec grande probabilité que ces ganglions ont fréquemment dû être le point d'origine des abcès, jamais l'anatomie pathologique ne l'a encore constaté. C'est là une étude qui devra être faite et à laquelle l'observation microscopique prêtera son concours ; on sait, en effet, que l'examen au microscope des phlegmons simples

[1] Recherches sur la fièvre typhoïde, Paris, 1841, 2me édit., t. I, p. 139.

[2] La seule mention anatomo-pathologique de ces ganglions se trouve dans un discours de M. Cullerier à la Société de chirurgie (1863, 21 mai) : « j'ai vu dans un cas ce ganglion nageant dans le pus. »

du tissu conjonctif et l'examen du liquide produit par la fonte purulente, graisseuse, ou la transformation caséeuse d'un ganglion lymphatique donnent des résultats différents.

Les abcès rétro-pharyngiens se développent quelquefois dans une région plus profonde encore, celle des muscles et des ligaments prévertébraux; d'autres fois, ces muscles sont dénudés ou détruits par le travail inflammatoire qui a pris naissance au devant de leur aponévrose d'enveloppe.

Quelle que soit l'étendue de l'abcès, il est habituellement constitué par un seul foyer, et représente une cavité arrondie ou ovoïde dont la paroi antérieure, formée par les constricteurs pharyngiens, fait saillie directement en avant. Lorsque l'abcès est de petite dimension, les constricteurs forment aussi ses parois latérales; lorsqu'il est plus large, il s'étend jusqu'aux vaisseaux, aux nerfs et aux muscles latéraux du cou.

En arrière, l'aponévrose, les muscles prévertébraux et le grand surtout ligamenteux antérieur séparent l'abcès du corps des vertèbres. Une membrane pyogénique, parfois très épaisse, tapisse l'intérieur du foyer, dont les parois peuvent être reliées par des tractus fibreux ou des lambeaux de tissu connectif.

Assez souvent le phlegmon se développe primitivement à droite ou à gauche de la ligne médiane et cela vient probablement de ce qu'il prend naissance dans un des ganglions post-pharyngiens. Lorsque cette tumeur latérale s'accroît, elle dépasse toujours la ligne médiane du côté opposé à celui où elle a pris naissance, en sorte qu'à la vue elle paraît occuper le centre du pharynx.

Le pus contenu dans le foyer est le plus souvent jaune, épais, bien lié, quelquefois il est séreux, sanieux, fétide,

ou de couleur rouge brunâtre, mélangé à des caillots sanguins.

L'observation que je vais citer donne une description anatomo-pathologique assez complète d'un abcès pharyngien simple et circonscrit.

OBSERVATION I

Du Dr DARISTE

Abcès retro-pharyngien chronique, pas de traitement chirurgical. Mort. Autopsie.

Le 29 mars 1836, entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de MM. Bally et Piorry, une femme âgée de 24 ans, qui venait pour faire traiter son troisième enfant âgé de 16 mois.

La santé de cet enfant avait été bonne depuis sa naissance, lorsqu'il y a cinq mois, il fut pris d'un mal de gorge assez intense, accompagné de toux; un médecin prescrivit quelques boissons adoucissantes. La maladie continuant, un autre médecin crut à l'existence du croup et fit faire une application de sangsues à la partie antérieure du cou et poser un vésicatoire au bras. Ce traitement parut d'abord arrêter les progrès du mal; mais bientôt la gêne de la respiration augmenta, surtout pendant le sommeil, c'est alors que le petit malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen on trouve la face un peu bouffie, mais point violacée; la déglutition est un peu pénible; cependant l'enfant tette avec plaisir. La respiration est gênée, sifflante; durant le sommeil elle devient plus laborieuse; l'enfant étouffe, il se réveille en sursaut.

La toux est rare, peu intense, revient par quintes peu prolongées et ne présente nullement les caractères de celle du croup.

Le pharynx n'offre ni rougeur ni fausses membranes, mais il y a un gonflement considérable.

30 mars. M. Piorry croyant à une affection spasmodique, prescrit l'extrait de belladone.

1[er] avril. Nuit plus agitée; l'inspection attentive de l'arrière-gorge permet d'apercevoir le refoulement en avant des parties placées autour de l'ouverture pharyngo-buccale. Le doigt porté sur la tumeur éprouve la sensation d'un corps œdémateux. On soupçonne alors une angine œdémateuse. Potion avec le sirop d'ipeca et l'extrait de belladone, vésicatoire à la partie antérieure du thorax.

Le soir, face légèrement violacée; respiration entrecoupée, râle trachéal, refroidissement des extrémités; le petit malade n'oppose plus aucune résistance aux tentatives d'examen.

Le voile du palais, les piliers, la luette sont refoulés en avant, de telle sorte qu'on ne distingue plus qu'un petit infundibulum dans lequel on ne peut même pas faire pénétrer une sonde en gomme élastique. — Mort.

Autopsie. Les organes des trois cavités splanchniques sont sains; seulement il existe trois petites cavernes pleines de matière tuberculeuse ramollie au sommet du poumon gauche. Le thymus, réduit à l'état de vestige, est infiltré de matière tuberculeuse.

Au moment où l'œsophage et le pharynx sont détachés de la colonne vertébrale, un flot de pus blanc, crémeux, de bonne nature, s'écoule d'une ouverture que le scalpel venait de faire à un vaste foyer purulent situé au devant des vertèbres cervicales et derrière le pharynx. L'état d'intégrité parfaite des surfaces osseuses environnantes et principalement des vertèbres cervicales, démontre que cette collection purulente ne provient point d'une carie des vertèbres, ni d'un abcès par congestion ayant un autre point de départ. Du reste, la tumeur est bien circonscrite et enveloppée d'une sorte de kyste comme le démontre l'examen de la pièce.

Un étude attentive du voile du palais, de ses piliers, des amygdales, de la luette, des parois du pharynx et de l'œsophage prouve leur intégrité; mais derrière le pharynx, au milieu de ce tissu cellulaire lâche et lamelleux qui le sépare des muscles longs du cou, grands droits et petits droits antérieurs de la tête, se trouve une tumeur dont la paroi externe gauche est côtoyée par l'artère carotide correspondante; cette tumeur, dont il ne reste plus maintenant qu'une partie, contenait le pus qui s'est écoulé au moment de l'ouverture; elle s'étend depuis la grande corne de l'os hyoïde jusqu'à trois centimètres environ au-dessous de l'orifice pharyngien de l'œsophage; le volume de la tumeur à

l'état de plénitude peut être évalué à celui d'un œuf de poule. Ses parois sont d'une texture cellulo-fibreuse, blanches, fermes et résistantes. On ne remarque qu'une légère infiltration sanguine dans le tissu cellulaire qui l'unit à l'œsophage; ce n'est que par une dissection faite avec soin que l'on peut l'isoler de la tunique musculeuse du pharynx, dont les fibres semblent en partie confondues avec elle.

La partie la plus saillante de la tumeur, appuyée sur la partie postérieure des cartilages aryténoïdes et sur le ligament aryténo-épiglottique, s'était placée sur l'orifice supérieur du larynx en redressant l'épiglotte contre la base de la langue.

La durée de la maladie étant de cinq mois, ce fait appartient à la classe des abcès rétro-pharyngiens chroniques, telle que Mondière l'a dénommée. Ce genre d'abcès se caractérise anatomiquement par un épaississement remarquable de l'enveloppe du foyer purulent. La délimitation et la position de l'abcès étant parfaitement bien indiquées, on peut vérifier ici que le siége du mal est bien l'espace compris entre les constricteurs et l'aponévrose des muscles longs du cou.

Malgré le volume considérable de la tumeur et la consistance liquide de son contenu, elle ne donne point au toucher la sensation de la fluctuation. C'est sans doute en raison de l'absence de ce signe que le seul traitement convenable, l'incision, n'a pas été appliqué.

Comme dans toutes les collections purulentes, le foyer une fois formé tend à se développer aux dépens des tissus environnants par la formation de nouvelles cellules; trouvant en haut et en arrière une barrière osseuse infranchissable, c'est en avant ou en bas que l'abcès devra s'étendre.

De là, la tumeur conique, sphérique ou aplatie qui fait saillie au milieu de la cavité pharyngienne; de là aussi, dans un assez grand nombre de cas, la progression de la

collection purulente directement en bas derrière l'œsophage ou en avant sur les côtés du cou.

Lorsque l'abcès rétro-pharyngien s'étend sur les côtés de la face antérieure ou latérale du cou, il peut atteindre la région mastoïdienne ou l'os hyoïde, les amygdales, la face postérieure du sterno-mastoïdien, l'espace compris entre les deux muscles sterno-mastoïdiens, ou bien enfin il peut contourner le pharynx et s'approcher des cartilages du larynx, comme l'a observé M. Ballot.

OBSERVATION II

Du Dr BALLOT

Abcès retro-pharyngien. Laryngotomie. Mort. Autopsie.

Ringeard, âgé de 40 ans environ, d'une santé peu robuste, détériorée par les excès de boisson, était piqueur sur les routes et par conséquent très exposé aux variations atmosphériques.

Il souffrait depuis quelques jours de la gorge, lorsqu'il entra à l'hospice de Gien, le 27 septembre 1837 au matin, et présenta l'état suivant :

Rougeur, sécheresse du pharynx sans tuméfaction appréciable d'aucune des parties de l'arrière-bouche accessibles à l'œil ; pouls développé, 100 pulsations ; difficulté de la déglutition et de la respiration qui est légèrement sifflante dans l'inspiration ; voix voilée ; sentiment de gêne rapporté au niveau du larynx par le malade, qui dit éprouver en cet endroit la sensation d'un corps étranger qui s'opposerait au libre exercice de la déglutition et de la respiration, surtout dans l'inspiration. Le doigt, introduit profondément dans le pharynx, rencontre au niveau de la partie supérieure du larynx une tumeur résistante, élastique, qui me semble se confondre avec les lèvres de la glotte elle-même, et qui obture sensiblement l'ouverture de cette dernière. De temps à autre le malade fait entendre une petite toux sèche et sifflante ;

quoiqu'il soit homme de courage et d'énergie, il est triste, inquiet; sa face est pâle, exprime l'anxiété.

(Saignée de 500 grammes. Cataplasme, gargarisme adoucissant. Eau de veau, pédiluve sinapisé. Diète absolue.)

Le soir, rien n'étant changé dans l'état du malade, nouvelle saignée de 500 grammes.

Le 28, pas d'amendement, seulement le pouls est moins développé.

(30 sangsues au cou, pédiluve sinap., vésicatoire à la nuque.)

Le 29, la gêne de la respiration fait des progrès très marqués, et le malade éprouve de temps à autre de véritables accès de suffocation; cependant la déglutition n'est pas plus sensiblement difficile que lors de l'entrée du malade à l'hospice.

(Potion éméto-cathartique qui détermine de nombreuses évacuations par haut et par bas.)

Une nouvelle exploration du pharynx ne permet d'apercevoir aucun changement dans la prétendue tumeur laryngienne: même état général.

Le 30. (20 sangsues au devant du cou, potion purgative; pédiluves sinap.)

Les quatre jours suivants, le malade est soumis à l'emploi de l'émétique à haute dose et ce moyen semble diminuer l'intensité jusque-là croissante des accidents, et rendre plus rares les accès de suffocation pendant lesquels l'inspiration se fait toujours avec une extrême difficulté, d'une manière incomplète, et s'accompagne d'un sifflement marqué; mais cette légère amélioration ne s'étant pas soutenue, le 6 et le 7 octobre, j'applique un large moxa de chaque côté du larynx.

Malgré l'emploi de ces moyens, l'obturation de la glotte se prononçant chaque jour davantage et le malade étant dans un état imminent de suffocation, le 8 au soir, après m'être concerté avec un collègue, je me décide à pratiquer la laryngotomie.

Cette opération présenta cela de particulier que la respiration ne s'établit que très imparfaitement par l'ouverture artificielle, quoique la membrane crico-thyroïdienne eût été largement incisée. Le malade n'éprouva un mieux sensible qu'après l'introduction de la canule à travers laquelle l'air passait librement, mais qui avait une tendance continuelle au déplacement.

Aussi, malgré les précautions que j'avais prises pour l'assujettir solidement et mes recommandations de surveillance, elle se

déplaça incomplétement durant la nuit, et le malade fut trouvé asphyxié.

Autopsie 24 heures après la mort.

Ayant ouvert sur place le larynx par sa face antérieure et dans toute sa hauteur, je reconnus que la membrane muqueuse et les cartilages étaient parfaitement sains, et qu'il n'existait aucun gonflement des lèvres de la glotte; mais cet orifice se trouvait presque complétement oblitéré par une tumeur fluctuante, du volume d'une grosse noisette, qui venait faire saillie à la partie supérieure. Cette tumeur se continuait inférieurement jusqu'au-dessous de l'anneau cricoïdien et comprimait fortement la cavité du larynx; elle avait pour point de départ une collection de pus blanc et bien lié, en contact avec la paroi antérieure de la colonne vertébrale et la paroi postérieure de l'œsophage; de là, le liquide purulent avait fusé sur les côtés du larynx, de manière à ce qu'à gauche il n'était séparé que de 9 à 10 millimètres de l'angle supérieur de l'incision pratiquée sur le milieu de l'espace crico-thyroïdien. Ainsi se trouvaient expliquées la saillie que dans l'exploration du larynx le doigt avait attribuée au gonflement des lèvres de la glotte, la difficulté du passage de l'air à travers l'ouverture pratiquée à la membrane crico-thyroïdienne, et la tendance continuelle de la canule à s'échapper.

Les circonstances ne m'ayant pas permis de donner à l'examen cadavérique tout le temps nécessaire, je me suis borné à constater l'état des poumons dont la partie postérieure offrait une congestion hypostatique, et était emphysémateuse dans presque toute sa surface.

Bien que l'autopsie n'ait pas démontré l'existence d'un gonflement des cordes vocales, et que l'auteur se taise sur l'état des replis aryténo-épiglottiques, les symptômes observés durant la vie du malade me font croire qu'il y avait œdème de ces replis; on ne peut expliquer autrement le timbre sifflant de l'inspiration, mentionné à plusieurs reprises. La direction suivie par le pus qui contourne le larynx et vient se rapprocher de sa face antérieure, est un fait que nous n'avons trouvé nulle part ailleurs.

C'est principalement vers la portion déclive du foyer purulent que le décollement et l'extension de l'abcès s'opèrent avec le plus de facilité, à cause de la laxité du tissu lamineux situé entre l'œsophage et les muscles prévertébraux. Nous avons vu en effet, en parlant de la limite inférieure des phlegmons du pharynx, qu'on pouvait souvent la suivre tout le long de la face antérieure des vertèbres cervicales, quelquefois même des premières dorsales. Dans six cas la cavité thoracique se trouve envahie, et trois fois le pus pénètre dans la cavité pleurale; on observe alors chez deux sujets une pleurésie purulente; chez le troisième, le tissu pulmonaire est envahi et présente, dans un large espace, l'hépatisation grise (observ. XII, XXXVIII).

Au lieu de fuser sur les côtés ou dans la portion déclive de l'abcès, le pus peut se frayer une route directement en avant, par l'amincissement progressif et la perforation de la paroi antérieure de la poche. Nous possédons six cas de perforation spontanée vérifiée sur le cadavre. Trois fois l'orifice est situé sur la ligne médiane du pharynx; dans le premier de ces cas, c'est en haut, derrière le voile du palais, que le pus s'est frayé une issue (obs. XXXV); dans le second, un corps étranger consistant en un fragment d'os de mouton, a donné lieu à une ulcération de la muqueuse pharyngée à la hauteur du cartilage cricoïde et à un véritable phlegmon diffus disséquant les parois musculaires et fusant jusque dans le médiastin postérieur (obs. V). Dans la troisième observation (obs. XXIV), le pertuis, de la grosseur d'un pois, taillé en emporte-pièce, se trouve sur la ligne médiane, à la hauteur de l'os hyoïde.

Chez un quatrième sujet, c'est au travers de l'œsophage, en face de la première vertèbre dorsale, qu'a lieu l'ouverture spontanée (obs. III).

OBSERVATION III

Empruntée à la clinique du prof. Heusinger, à Marburg

Par le Dr NOLL

Abcès retro-pharyngien aigu de grande dimension. Pas de traitement chirurgical. Perforation spontanée. Mort. Autopsie.

Le 10 mars, on amena à la clinique un enfant de six mois, habitant un village éloigné de plusieurs lieues. La maladie datait d'environ une semaine et demie.

Au début, manque d'appétit, agitation, et, depuis quatre jours, chaque nuit des attaques de dyspnée, avec renversement de la tête en arrière et mouvements désordonnés des membres. Le matin, ces symptômes diminuaient et, durant la journée, l'enfant se trouvait assez bien, sauf de la faiblesse générale, en sorte que les parents avaient négligé jusqu'alors de recourir à un médecin. Il n'y avait pas eu de forte toux, mais de temps à autre un faible toussottement. Selles normales, pas de vomissements.

Le faciès de l'enfant était mauvais, pâle, le visage grippé, les paupières abaissées, la tête renversée en arrière. La respiration rapide, pénible, quelquefois un peu interrompue. De plus, un faible râle dans le cou, comme si un obstacle à la respiration avait son siége dans cette région; il en résultait l'impossibilité de faire un examen exact de la poitrine. Voix assez nette. L'enfant prenait le sein comme de coutume, sans l'abandonner. La forme du cou était normale, sans aucune saillie; les veines jugulaires n'étaient pas gonflées.

Si l'on pénétrait avec le doigt dans le pharynx, on sentait immédiatement en arrière de la base de la langue et implantée dans la paroi postérieure du pharynx, une tumeur de la grosseur d'une noix, assez dure, revêtue de la muqueuse, arrondie à ses faces supérieure et latérales, se prolongeant en bas et s'allongeant vers l'œsophage de manière à remplir la portion inférieure de la cavité pharyngienne; le larynx était légèrement repoussé

en avant, et son orifice supérieur un peu rétréci. L'épiglotte, les parties de la langue accessibles au toucher étaient normales.

Il s'agissait donc ici de ce qu'on a appelé un abcès rétro-pharyngien. L'enfant prit un vomitif de sulfate de cuivre et l'on fit des frictions de pommade cantharidée sur les côtés du cou.

L'émétique n'avait eu qu'un faible effet, l'état local n'avait subi aucun changement, mais la respiration paraissait un peu plus libre, la voix plus forte ; le vomitif fut répété le 11 mars ; embrocations chaudes de farine de lin et de feuilles de jusquiame autour du cou.

Les forces de l'enfant déclinaient, quoiqu'il bût encore assez bien et que les désordres respiratoires n'augmentassent pas. L'état local ne changeait pas, la tumeur ne s'accroissait ni ne se ramollissait.

Le 13, on ordonne une décoction de salep avec sirop d'althéa, les embrocations sont continuées, et l'on frictionne le cou avec de l'onguent gris associé à de l'axonge.

Le 16, l'enfant était devenu très faible, ne buvait plus depuis la nuit, ne dormait plus, respirait péniblement. On continue la décoction de salep, avec sirop de camomille, ainsi que les applications.

Le 18, on nous fit savoir que, le jour précédent, après que l'enfant eut continué à montrer une extrême faiblesse et une grande gêne pour respirer, des efforts de vomissements étaient survenus et avaient amené l'issue, par la bouche et par les narines, d'un liquide fétide, semblable à du pus. A la suite de ce vomissement l'enfant avait repris son entrain, respirait paisiblement, buvait et dormait de nouveau. Le cou qui, auparavant, offrait une forte tension dans sa moitié inférieure, était aussitôt revenu sur lui-même. Réitérer la potion et les enveloppements.

Les jours suivants l'état fut le même. La respiration resta libre, l'appétit bon. Toutefois, la faiblesse fit toujours des progrès et, à partir du 21, il survint chaque jour, à plusieurs reprises, des selles liquides, très fétides ; par intervalles de la toux. Le 23 on prescrivit du sirop de camomille avec extrait de camomille et extrait de quinquina préparé à froid.

La faiblesse et la toux allèrent toujours croissant et la mort eut lieu le 27.

Autopsie, 20 heures après la mort.

On trouva un abcès occupant la paroi postérieure du pharynx, ayant sa limite supérieure près de la base du crâne, sa limite

inférieure à la hauteur de la deuxième vertèbre dorsale ; la largeur de cette cavité était d'un pouce; elle contenait encore environ une cuillérée à café et demie de pus séreux. Les parois étaient assez uniformément lisses; quelques bandes tendineuses, minces, flottantes, relâchées, s'étendaient d'avant en arrière sur la ligne médiane.

La cavité purulente était limitée, en avant par la paroi postérieure du pharynx, en arrière par le grand surtout ligamenteux antérieur des vertèbres. L'enveloppe membraneuse interne de cette cavité anormale formait, surtout en avant, une couche assez solide, d'apparence graisseuse, de l'épaisseur d'un demi-millimètre. A la hauteur de la première vertèbre dorsale, environ trois ou quatre millimètres au-dessus de l'extrémité inférieure de la cavité, la paroi antérieure s'ouvrait par un trou arrondi de deux millimètres de diamètre, faisant communiquer la poche avec l'œsophage.

Vers le haut, à droite, au-dessus et vis-à-vis la base de l'épiglotte, apparaissait encore une petite ouverture qui avait dû être d'un demi-millimètre, mais qu'on ne pouvait constater d'une manière exacte.

L'épiglotte, le larynx et la trachée étaient à l'état parfaitement normal. Dans la partie inférieure de la trachée et dans les bronches se trouvait un liquide séreux, transparent, qui ne les remplissait qu'en partie. Les poumons sont remplis d'air, contiennent peu de sang ; par places, cependant, surtout à leur face postérieure, ils sont plus denses, de couleur foncée, sanguinolents à la coupe, déprimés à leur surface, atelectasiques. Environ un huitième de la totalité des poumons offrait cette altération ; les rameaux bronchiques correspondant à ces parties étaient remplis d'un liquide épais, muco-purulent, opaque. La muqueuse des bronches est normale. La cavité buccale, toutes les autres portions du cou, en particulier la colonne vertébrale, sont à l'état normal.

La durée totale de la maladie, chez ce sujet, a été de 27 à 28 jours. La perforation spontanée de l'abcès s'est montrée vers le dix-huitième jour. Je pense qu'il faut attribuer la mort plutôt à l'affaiblissement général et au collapsus, qu'à l'asphyxie par obstacle à l'entrée de l'air

dans le poumon. L'abcès est un des plus étendus qui aient été vus chez les très jeunes enfants; cette observation vient à l'appui de l'idée que je développerai plus tard, lorsque je montrerai le danger auquel on s'expose en comptant sur la perforation spontanée et les efforts de la nature pour amener la guérison de ces phlegmons.

L'épaississement remarquable des parois de l'abcès, signalé chez ce sujet, a été observé à un degré plus prononcé encore, par Hocken, chez un petit enfant. Voici la description qu'il donne [1] : On trouve, derrière le pharynx, une tumeur considérable, dure au toucher; la petite proéminence, vue et sentie pendant la vie derrière l'apophyse mastoïde, en dépend; elle crie sous le couteau comme un cartilage et présente à son centre un kyste très épais, rempli d'une once environ d'un pus de bonne nature. Cette tumeur se trouvait en contact avec le corps des vertèbres cervicales.

Je ne pense pas que les anatomo-pathologistes modernes soient d'accord avec Hocken pour envisager cette tumeur comme un abcès à parois indurées; c'est probablement une tumeur sarcomateuse du corps d'une vertèbre ayant subi, dans son centre, la transformation graisseuse ou caséeuse. Cette observation doit donc être rayée du nombre de celles qui appartiennent aux abcès pharyngiens idiopathiques, quoiqu'elle présente un grand intérêt au point de vue symptomatologique.

Nous avons vu (obs. II) que le pus d'un abcès rétropharyngien pouvait quelquefois fuser directement en avant, en contournant le larynx, et s'avancer jusqu'à la face antérieure de cet organe. D'autres fois, c'est au devant du

[1] Edinburgh Journal, nov. 1842 et Journal des connaissances médico-chirurgicales, juillet 1843, p. 36.

pharynx, entre celui-ci et l'os hyoïde, le larynx et la trachée, que la collection purulente se développe. Ces abcès ne sont pas rares, mais on les observe le plus souvent à la suite de la nécrose des cartilages du larynx[1]; ils sont alors symptomatiques, et nous n'avons pas à nous en occuper. J'ai pu cependant recueillir trois observations d'abcès post-laryngiens idiopathiques; deux de ces faits se terminent par la mort du malade; ils contiennent trop peu de données symptomatologiques pour nous être utiles dans la description de la maladie; mais dans l'un, les détails de l'autopsie sont suffisants pour faire comprendre le siége précis de l'abcès.

OBSERVATION IV

Du Dr TRAVERS

Abcès de la face postérieure du larynx et de l'os hyoïde. Mort. Autopsie.

Le patient était un enfant de 10 mois, atteint des symptômes les plus habituels de la *cynanche laryngea;* un bruit très fort de croassement se faisait entendre dans la respiration, il y avait une anxiété extrême, un pouls très accéléré et petit. On pouvait sans hésitation considérer ce cas comme un cas de croup, mais extraordinaire par sa durée. Des émétiques antimoniaux, le calomel, les bains chauds, les vésicatoires, etc., furent administrés sans amender la violence du mal. L'enfant mourut environ le quatorzième jour de la maladie.

Autopsie. En divisant les téguments pour arriver à l'arrière-gorge, environ une demi-once de pus jaillit sous le scalpel, et l'on

[1] Voyez une observation de Vernois dans le Traité de phthisie laryngée de Trousseau et Belloc. Paris, 1837, p. 73. Et la thèse de M. Obédénare sur la trachéotomie et la laryngite nécrosique. Paris, 1866.

découvrit la cavité d'un abcès en arrière des muscles recouvrant le cartilage thyroïde, se réfléchissant au-dessus de ce cartilage et entourant presque toute l'étendue de l'os hyoïde. La trachée et le larynx ne présentaient pas une vascularité anormale, mais contenaient une quantité de mucus. Les ventricules du larynx étaient remplis de pus.

Les exemples déjà cités et la description anatomique que je viens de faire se rapportent à la forme simple, circonscrite, et l'on pourrait dire bénigne des abcès rétro-pharyngiens. Il existe aussi des phlegmons du pharynx se rattachant à la forme *diffuse* ou *gangréneuse*. Nous en avons recueilli six cas, tous terminés par la mort; cinq d'entre eux seulement ont été autopsiés. On trouve sur le cadavre des destructions étendues du tissu lamineux et des muscles, la dissection des muscles du cou, de l'œsophage, du pharynx, la dénudation des vaisseaux et des nerfs. Le pus qui s'écoule est séreux, sanieux, de couleur sale, très fétide, souvent mélangé de sang fluide ou coagulé. La marche de l'inflammation étant beaucoup plus rapide, on observe toujours la perforation spontanée, et celle-ci a lieu ordinairement par plusieurs ouvertures. Sur nos six cas, il en est trois où le phlegmon est occasionné par la présence d'un corps étranger ayant pénétré profondément à travers les parois du pharynx. Nous aurons l'occasion de citer chacune de ces observations (obs. V, XII, XLIX). Pour le moment, nous n'en insérons qu'une.

OBSERVATION V

Du Dr Crichton BROWNE

Corps étranger dans le pharynx. Abcès pharyngo-œsophagien descendant dans la poitrine. Mort. Autopsie.

Un idiot de naissance, âgé de 25 ans, épileptique, de très petite taille, scrofuleux, ayant terminé son repas composé de viande hachée, s'avisa de planter sa fourchette dans l'assiette de son compagnon de table. Il saisit ainsi quelques aliments, les porta à sa bouche et les avala avant que son gardien pût s'en apercevoir; une minute après il fut pris de suffocation, d'étouffements et sa figure devint livide. Le gardien introduisit un doigt dans sa bouche et retira du pharynx un fragment d'os de la longueur d'un pouce. Pendant vingt-quatre heures, l'idiot ne présenta rien d'anormal, il put boire, manger, dormir toute la nuit sans accident.

Le lendemain, on constata une raideur des mâchoires et comme une sorte de paralysie des membres inférieurs. Ne pouvant lui adresser aucune question, le médecin de service explora le pharynx et ne constata rien d'anormal. La respiration et la déglutition s'exécutaient bien; on songea à l'imminence d'un accès d'épilepsie et, dans la soirée, la fièvre s'alluma. La tête et les oreilles devinrent brûlantes et la respiration s'accompagna d'un bruit de râle muqueux, en même temps que des flots de mucosités s'écoulaient de la bouche, la déglutition s'accompagnait de vomissements et de suffocation. Avec beaucoup de peine, on put passer une cuiller entre les dents, placer un bâillon et faire descendre une sonde œsophagienne, qui fut arrêtée un instant dans son passage et franchit l'obstacle par une légère pression. L'auscultation révéla des bruits de la trachée et du larynx. Malgré le traitement général et local le plus rationnel et le plus actif, l'asphyxie fut progressive et le malade mourut sept jours après le début de son accident.

A l'*autopsie,* on trouva dans la trachée du pus, et dans le pharynx un fragment d'os, de forme triangulaire, qui représen-

tait l'extrémité de l'apophyse transverse de la vertèbre d'un mouton. Cet os s'était fortement engagé au-dessus du cartilage cricoïde. La paroi postérieure du pharynx était ulcérée et une vaste suppuration avait disséqué tout le pharynx, et s'était étendue jusque dans la poitrine, au lieu de former un abcès limité, cas le plus ordinaire. L'auteur anglais attribue cette suppuration abondante et diffuse à l'imperfection du tissu connectif. (C'était un idiot scrofuleux et de très petite taille.)

M. Cricton Browne attribue l'intensité, la gravité extrême et le caractère diffus de ce phlegmon à la circonstance que le malade, scrofuleux, rachitique et idiot, était par cela même, prédisposé aux suppurations graves et étendues. Je ne conteste pas l'influence de cette cause, mais les autres exemples que nous citerons ont offert une marche et une gravité semblables, sans qu'on puisse alléguer la présence de la même diathèse chez aucun des sujets. Je pense que c'est surtout ici l'introduction d'un corps étranger *pénétrant profondément* à travers la paroi postérieure du pharynx, qui donne à l'inflammation du tissu connectif ce caractère diffus et gangréneux.

Ces cas de phlegmon rétro-pharyngien, à forme gangréneuse, offrent une assez grande ressemblance avec la maladie décrite par les chirurgiens, par Dupuytren entre autres, sous le nom de *phlegmon du cou ;* la seule différence, c'est que la région postérieure du pharynx étant le lieu d'origine de l'inflammation, celle-ci tend à se propager en bas et en arrière le long du tissu lamineux péri-œsophagien, plutôt qu'à se porter en avant ou sur les côtés, dans les interstices musculaires de la région cervicale ou sous-hyoïdienne.

Parmi les 97 observations que j'ai analysées, il s'en trouve une seulement dans laquelle, par suite de la perfo-

ration spontanée de l'abcès, des parcelles alimentaires, liquides ou solides, ont pu pénétrer dans la cavité purulente (obs. XII). Cette observation appartient à la forme gangréneuse du phlegmon pharyngien; c'est un corps étranger séjournant à la partie déclive du foyer, ayant même pénétré jusque dans la cavité thoracique. Notons encore que les ouvertures par où sont entrés les liquides ingérés par le malade sont situées à la portion inférieure de l'œsophage. Jamais l'introduction des boissons ne s'est faite dans un phlegmon circonscrit, que l'ouverture ait été spontanée ou artificielle; jamais non plus dans aucune forme d'abcès cette introduction n'a eu lieu lorsque la perforation avait son siége dans le pharynx ou le tiers supérieur de l'œsophage. Ce fait est très important; je chercherai plus loin à en donner l'explication.

On ne trouvera nulle part un exemple d'abcès rétro-pharyngien qui, après avoir pris naissance dans les parties molles du pharynx, ait amené peu à peu, en se développant, la dénudation et la carie du corps des vertèbres cervicales correspondantes. M. le professeur Cruveilhier a cependant admis la possibilité de cette altération osseuse consécutive à l'inflammation phlegmoneuse des parties molles du pharynx; il cite, à l'appui de cette opinion, l'observation suivante:

OBSERVATION VI

Du Prof. CRUVEILHIER

Phlegmon diffus rétro-pharyngien. Mort.

Un fabricant, âgé de 60 ans, demeurant barrière d'Ivry, étant à dîner, avala par mégarde un petit os de lapin, qui s'arrêta

dans le pharynx. Plein d'énergie, voulant à tout prix se débarrasser de ce corps étranger, qu'il sentait dans l'arrière-bouche, et ses doigts n'ayant pu y suffire, il introduisit dans le pharynx, les uns après les autres, avec une sorte d'acharnement, divers instruments et, en dernier lieu, le manche d'une cuiller à thé, à l'aide duquel il finit par ramener le corps étranger. Plusieurs jours se passèrent sans accidents.

Une inflammation se déclara dans le pharynx, elle fut combattue sans succès.

Au bout d'un mois, symptômes de suffocation qui font croire à une angine œdémateuse. M. Nélaton appelé, reconnaît la présence d'un abcès rétro-pharyngien, qui fut immédiatement ouvert par une incision verticale. Cette incision fut assez longue, et même prolongée le plus bas possible, dans le but d'éviter un cul-de-sac inférieur et, par conséquent, la rétention du pus. Il s'échappa une grande quantité de pus fétide, le malade fut soulagé.

Trois semaines après, fièvre vive, oppression considérable. Ce fut alors (19 novembre 1849), deux mois après l'accident, que je fus appelé en consultation.

Voici l'état dans lequel je trouvai le malade: Fièvre vive, rigidité de la région cervicale, qu'il est impossible au malade de mouvoir dans aucun sens, œdème très prononcé de cette région, sensibilité de la même région, surtout du côté gauche. La déglutition est facile, mais à chaque fois qu'elle s'accomplit, le malade est pris d'une quinte de toux, et expectore une assez grande quantité de pus sanguinolent et fétide. Il me paraît évident qu'à chaque mouvement de déglutition, les boissons s'introduisaient dans le foyer prévertébral, que cette introduction, qui a dû avoir lieu dès les premiers jours de l'ouverture de l'abcès, avait déterminé une inflammation très vive des parois du foyer et probablement la destruction des muscles prévertébraux, du ligament cervical commun antérieur, la dénudation et la carie superficielle du corps des vertèbres cervicales; il ne serait même pas impossible que de proche en proche les liquides ingérés n'eussent déjà fusé dans le médiastin postérieur.

Mon pronostic, comme celui de mes honorés collègues, fut donc des plus fâcheux. Nous prescrivîmes l'abstinence aussi complète que possible des boissons, l'usage de bouillies qui pussent traverser le pharynx sans s'engager dans le foyer. Le malade suc-

comba huit jours après la consultation, et l'autopsie ne fut pas faite.

On peut voir, d'après ce récit, que si l'autopsie du malade n'a pas été faite, l'éminent professeur a du moins cherché à y suppléer par une série d'hypothèses ; mais aucune de ces hypothèses ne repose sur les symptômes observés chez le malade ; il me semble en effet que, si réellement la poche, demeurée béante depuis trois semaines, se laissait remplir à chaque mouvement de déglutition par les liquides ingérés, on aurait retrouvé de ces liquides dans les matières rejetées par le malade; or, il est dit expressément que la toux, à chaque mouvement de déglutition, n'expulsait que du pus sanguinolent et fétide. Je ne puis comprendre non plus sur quel fait repose la supposition de l'existence d'une destruction du ligament vertébral et d'une carie superficielle des vertèbres. Pour admettre ces graves lésions, il eût fallu retrouver des fragments osseux dans la bouche ou dans le pus expectoré ; or, il n'en est question nulle part. Enfin, nous ne savons sur quels signes stéthoscopiques l'auteur se fonde pour établir l'envahissement du médiastin postérieur par l'inflammation.

Il faut donc attendre des faits plus probants que celui-ci pour se permettre d'établir qu'un abcès du pharynx peut être la cause directe d'une carie des vertèbres cervicales.

Les organes avoisinant le pharynx et l'œsophage sont fréquemment atteints d'altérations concomitantes.

Les différentes portions du larynx et de la trachée sont quelquefois rouges, œdématiées, souvent recouvertes de mucus épais ou de muco-pus; ainsi l'épiglotte peut être gonflée, œdémateuse ; un seul observateur note l'œdème des replis ariténo-épiglottiques.

OBSERVATION VII

Du Dr FALKENHEIM[1]

Abcès rétro-pharyngien. Mort. Autopsie. Œdème des replis aryténo-épiglottiques.

M. A. infans 7 mens. quæ semper adhuc sana et a nutrice robusta nutriebatur, tempore, quo dentes incisivi erumpere solent interdum paroxysmis dyspnoeæ corripiebatur, qui quum ab initio, pro laryngismo stridulo habebantur, a medico cum antispasmodicis frustra decertabantur. Attamen paroxysmi magis, magisque brevioribus intervallis apparent, per longius tempus durant. Ad hæc accedebant raucitas vocis, tussis suppressa sonoque carens, quæ in ne intervallis quidem omnino evanescebant, dum respiratio libera, nec sibilans erat nec edens stridorem. Quum vero sugitus non esset difficilis, suspicio non aberat polypum esse laryngis. Tandem post multum temporis, dysphagia, sæpius regurgitatio lactis, potulentorumque sese ostendunt. Paroxysmi autem spasmi laryngis et rariores facti et minus intensivi, contra respirationis impeditio et summa vocis raucitas permanebant. Quum postremo deglutitio prorsus esset intercepta, infans duobus mensibus post prima symptomata confectione mortua est.

Sectio cadaveris. Pulmones valde hyperaemici, paululum œdematosi. Aliquid pituitæ albæ in trachea et in larynge, tunica autem mucosa pallida invenitur. Plicæ aryepiglotticæ paulum œdemate sunt infiltratæ. Post partem superiorem pharyngis abscessus animadvertitur forma ovali et magnitudine ovi columbini, qui pharyngis parietem posteriorem protrudens, isthmum fere faucium tangebat. Lamina profunda fasciæ colli et corpora vertebrarum erant intacta.

Exploratio pharyngis inter vitam non erat instituta.

C'est là le seul cas d'œdème laryngé constaté à l'autop-

[1] Thèse, page 10.

sie ; mais nous verrons que cette lésion a été reconnue, plusieurs fois, chez le malade, d'après les symptômes auxquels elle donne lieu.

Le larynx et la trachée peuvent aussi être tapissés de véritables pseudo-membranes diphthériques (obs. XL), ou de dépôts de matière caséeuse (obs. XXIV).

Une seule fois la trachée a renfermé du pus (obs. V), mais il n'est pas dit si ce pus provenait d'une sécrétion de la muqueuse trachéo-bronchique, ou s'il avait pénétré dans la trachée au moment de l'ouverture de l'abcès. Je crois devoir attirer l'attention sur cette circonstance de l'absence totale d'amas de pus dans la trachée. Les morts subites n'étant pas très rares chez les malades atteints d'abcès rétro-pharyngiens, un grand nombre d'auteurs ont prétendu en expliquer la cause par l'irruption soudaine du pus dans l'arbre aérien au moment de l'ouverture spontanée de l'abcès. L'expérience contredit absolument cette explication qui ne repose que sur des idées préconçues, ou sur des faits mal observés.

Les organes thoraciques ne sont pas non plus toujours exempts d'altérations, soit par le fait de l'extension de l'abcès dans la poitrine, soit par suite d'une maladie concomitante des poumons. Chez plusieurs malades on rencontre des amas de mucus dans les bronches (trois fois), des pneumonies lobaires ou lobulaires (trois fois), la congestion hypostatique, l'emphysème, l'hypérémie ou l'œdème du poumon (deux fois), des tubercules des ganglions bronchiques ou des poumons (trois fois), enfin nous avons déjà parlé de trois cas de pleurésie ou pleuro-pneumonie, par pénétration du pus dans la cavité pleurale.

Les observations ne donnent pas la description anato-

mo-pathologique du cerveau, non plus que celle de l'abdomen, ces régions n'ayant le plus souvent pas été examinées.

J'établirai, au chapitre de la symptomatologie, une division des abcès pharyngiens en abcès primitifs et abcès secondaires ; ces derniers étant ceux qui se développent consécutivement à l'inflammation d'un organe voisin, ou à celle des ganglions lymphatiques des régions rapprochées du pharynx.

Nous ne possédons que deux exemples d'abcès secondaires suivis de mort. Chez un premier malade (obs. XLI), l'abcès du pharynx est consécutif à une adénite sus-hyoïdienne ; la communication entre les deux foyers n'est pas constatée par la dissection. Le second cas est une inflammation d'un kyste de la région thyroïdienne avec perforation spontanée de la poche à travers la paroi du pharynx. On trouvera peut-être qu'un fait de ce genre et deux observations de kystes thyroïdiens suppurés, que je rapporte plus loin, seraient mieux à leur place dans une monographie des kystes du cou, que dans un mémoire consacré aux abcès pharyngiens idiopathiques ; ce qui m'a décidé à traiter ce sujet, c'est qu'à ma connaissance du moins, il n'a fait encore l'objet d'aucun travail, et qu'il importe cependant de le mentionner pour éclairer le diagnostic des abcès du pharynx.

OBSERVATION VIII

Kyste volumineux du cou enflammé, ouvert spontanément dans le pharynx. Mort. Autopsie.

Le musée de l'hôpital Saint-Barthélemy possède une pièce anatomique dont voici la description :

Larynx, pharynx et parties adjacentes avec la glande thyroïde.

Le lobe droit de la glande est augmenté de volume par le fait d'un kyste, dont la cavité a plus de quatre pouces de diamètre.

Les parois de ce kyste semblent formées par le tissu de la glande distendu ; son intérieur est raboteux, une grande quantité de lymphe est déposée sur les parois, ou s'y trouve suspendue en lambeaux déliés. A sa partie supérieure, la cavité de la tumeur communique avec le pharynx au moyen d'une étroite ouverture ulcérée, située près du cartilage aryténoïde. L'isthme et le lobe gauche de la thyroïde sont sains.

La malade était une femme âgée, et l'hypertrophie de la glande était de date ancienne. Le kyste avait contenu d'abord un liquide séreux, se coagulant spontanément à l'air libre. Après deux ponctions successives, les parois de la tumeur s'étaient enflammées et elle s'était rapidement remplie de pus et de lymphe; l'ulcération se manifesta dans un point, envahit la paroi du pharynx adjacente ; la malade périt suffoquée par l'écoulement subit du liquide et l'entrée d'une portion du pus dans le larynx.

L'explication donnée ici de la mort subite de cette malade repose sur une pure supposition, car il n'est dit nulle part, dans la description de la pièce anatomique, que le larynx ou la trachée continssent du pus.

Une dernière catégorie d'abcès secondaires nous fournirait une longue liste d'observations suivies de l'examen cadavérique ; ce sont les abcès par congestion causés par la carie, la tuberculisation des vertèbres cervicales, ou la

tumeur blanche de leurs articulations ; mais en commençant cette étude, nous avons exclu d'avance cette classe d'abcès, et nous ne nous en occuperons que pour les distinguer des abcès pharyngiens idiopathiques.

Avant d'étudier l'étiologie et la symptomatologie des abcès rétro-pharyngiens, consacrons encore quelques lignes à l'explication physiologique des symptômes principaux que j'aurai à décrire.

La douleur apparaît surtout pendant les mouvements, elle se manifestera tour à tour dans la déglutition, en occasionnant la dysphagie, et dans les mouvements du cou et de la tête, en les rendant difficiles ou même impossibles.

La muqueuse pharyngienne et linguale, les piliers du voile du palais, les muscles constricteurs du pharynx qui tous participent à l'état inflammatoire, concourent aussi tous ensemble à l'acte de la déglutition; il est donc impossible que le mouvement volontaire qui fait descendre le bol alimentaire de la base de la langue dans le pharynx, puis la propulsion involontaire qui entraîne ce bol du pharynx à l'œsophage, ne s'accompagnent pas d'une douleur très vive.

Outre l'excitation douloureuse produite par le contact des aliments avec l'organe phlogosé, la présence d'une tumeur obstruant le canal alimentaire à sa partie médiane et supérieure, ajoute nécessairement un obstacle considérable au passage des aliments. Lorsque l'abcès est devenu très volumineux et que son développement s'est fait avec lenteur, la distension considérable subie par les fibres musculaires des muscles constricteurs peut aussi les rendre impuissantes ; dans ce dernier cas, c'est à une sorte de pa-

ralysie du pharynx qu'est due la dysphagie ; un effet analogue peut être produit par la compression qu'exerce la tumeur sur les nerfs qui président à la déglutition.

La douleur provoquée par les mouvements de la tête et du cou occasionne le plus souvent le renversement de la tête en arrière, l'immobilité, la raideur du cou. Ce sont les muscles prévertébraux qui, évidemment, sont condamnés à l'immobilité par le fait de leur voisinage immédiat du foyer inflammatoire. Entre l'abcès et ces muscles, il n'existe, en effet, qu'une simple aponévrose, et nous avons vu que le travail suppuratif amène quelquefois la destruction de cette membrane et envahit les muscles eux-mêmes. Ce n'est donc pas le sterno-mastoïdien qui est atteint de rigidité, comme un auteur l'affirme, ce muscle ne peut être affecté que dans les cas assez rares où l'abcès s'étend en avant et sur les côtés du cou.

Les troubles de la phonation sont dus au gonflement de l'arrière-gorge, à la rigidité des piliers du voile du palais, surtout enfin à l'œdème des replis aryténo-épiglottiques et de la muqueuse laryngée.

Quant à la dyspnée, qui est le symptôme le plus grave de la maladie, ses causes me paraissent être plus complexes qu'on ne pourrait le penser au premier abord. La présence d'une tumeur saillante, volumineuse, immobile, proéminente au-dessus de l'orifice supérieur du larynx, refoulant le tube respiratoire, le comprimant parfois d'arrière en avant, constitue évidemment un obstacle au libre passage de l'air dans la trachée. Mais en dehors de cette cause toute mécanique, les désordres dans les fonctions respiratoires sont dus aussi aux altérations nerveuses et vasculaires de la région malade.

Toutes les fois que la membrane muqueuse qui tapisse

une cavité est enflammée ou œdématiée en un point, on doit voir la tuméfaction inflammatoire s'étendre de proche en proche dans les régions avoisinantes ; lorsque la paroi postérieure de l'arrière-gorge est phlogosée, les organes voisins, larynx, langue, voile du palais participeront à l'inflammation, il y aura en particulier souvent œdème des replis aryténo-épiglottiques ; parmi les autopsies dont j'ai rendu compte, cette lésion ne se trouve constatée qu'une seule fois sur le cadavre, mais elle seule peut expliquer le timbre sifflant ou le clapotement observés fréquemment durant l'inspiration chez nos malades, et persistant quelquefois plusieurs jours après l'ouverture et l'évacuation artificielle de l'abcès.

L'excitation pathologique des nerfs nombreux et importants qui avoisinent le phlegmon pharyngien doit nécessairement aussi amener, par action reflexe, des troubles fonctionnels ; de ce nombre sont : l'hypersécrétion muqueuse, la régurgitation des aliments par la bouche et par le nez, la toux convulsive, les vomissements ; mais les accès de suffocation et la dyspnée continue sont évidemment aussi sous la même influence ; de là vient que ce ne sont pas le plus souvent les abcès très volumineux qui provoquent les accidents les plus effrayants, parce que leur formation lente s'accompagne d'un processus inflammatoire beaucoup moins aigu. De là vient aussi la cessation soudaine de la dyspnée, dès que la ponction de l'abcès a donné issue à une portion du pus ; il se fait là une détente subite, comme lors de la réduction de l'intestin dans l'opération de la hernie étranglée.

Enfin, il peut aussi y avoir compression ou inflammation de branches nerveuses importantes, des nerfs laryngés entre autres : Graves a vu dans un cas d'abcès situé entre

l'œsophage et la trachée, le nerf laryngé inférieur dénudé et hypérémié.

En résumé, les causes principales auxquelles nous devons attribuer la dyspnée sont : l'occlusion incomplète des voies aériennes par la tumeur du pharynx, l'œdème de la glotte, l'excitation des nerfs de l'arrière-gorge et les troubles fonctionnels par action reflexe, la compression ou l'inflammation des nerfs laryngés.

ÉTIOLOGIE

Les notions sur *la fréquence* des phlegmons rétro-pharyngiens sont vagues et paraissent contradictoires ; cela provient de ce que cette maladie est encore souvent méconnue, surtout lorsqu'elle atteint de très jeunes enfants. Nous possédons, en effet, plusieurs exemples d'erreurs de diagnostic constatées à l'amphithéâtre, et si l'on tient compte, d'une part, de la rareté relative des autopsies cadavériques, d'autre part, de la répugnance des médecins à publier leurs erreurs, on admettra aisément que beaucoup de cas d'abcès de l'arrière-gorge ont été passés sous silence.

Il règne parmi les pathologistes un grand désaccord sur la question de fréquence : pour ne citer que des auteurs qui n'ont pas étudié spécialement le sujet, les uns, comme Michon, P. Guersant, le professeur Mœller, assurent avoir rencontré un assez grand nombre de cas de cette affection ; d'autres la considèrent comme excessivement rare ; Rilliet et Barthez n'en ont pas observé un seul cas malgré leur longue pratique hospitalière et civile ; le Dr West ne l'a vue que deux fois.

Nous devons donc réserver cette question pour un temps où la maladie sera plus généralement connue.

J'envisagerai séparément dans nos relevés statistiques, les abcès pharyngiens spontanés et les abcès traumatiques; les premiers sont au nombre de quatre-vingt-neuf, les seconds au nombre de huit.

Trois observations ne donnent aucune indication relative à l'âge du sujet, dans les quatre-vingt-six autres, les limites extrêmes de l'âge sont, d'une part, deux mois, d'autre part, soixante-douze ans.

Je diviserai nos observations en deux catégories, la première comprend les enfants de zéro à quatorze ans. J'en donnerai le tableau année par année, la seconde catégorie comprenant les adultes, sera divisée en périodes de dix ans :

Agés de	0 à 1 an	26 cas
»	1 à 2 ans	9 »
»	2 à 3 ans	1 »
»	3 à 4 ans	3 »
»	4 à 5 ans	1 »
»	5 à 6 ans	1 »
»	6 à 7 ans	1 »
»	7 à 8 ans	0 »
»	8 à 9 ans	0 »
»	9 à 10 ans	0 »
»	10 à 11 ans	1 »
»	11 à 12 ans	1 »
»	12 à 13 ans	1 »
»	13 à 14 ans	1 »
	Total	46 cas

Sur quarante-six cas d'abcès rétro-pharyngiens chez les enfants, trente-cinq se rencontrent dans les deux premières années de la vie, et la première année donne vingt-six cas, la seconde seulement neuf. Je dois ajouter toutefois que j'ai placé dans la première année cinq enfants indiqués comme âgés d'un an ; ce chiffre est moins précis que s'il eût été donné en mois comme il l'a été pour tous les autres sujets.

J'ai voulu voir encore si, dans la première année de la vie, certains mois étaient plus chargés ; voici le tableau qui en est résulté :

Agés de	2 mois	2	enfants
»	3 mois	1	»
»	4 mois	1	»
»	5 mois	2	»
»	6 mois	1	»
»	7 mois	4	»
»	8 mois	4	»
»	9 mois	1	»
»	10 mois	3	»
»	11 mois	1	»
»	12 mois	1	»
	Total	21	enfants

Je n'ai pas compris dans ce total les cinq enfants notés comme âgés d'un an ; s'il est permis de tirer une conclusion en présence de faits aussi peu nombreux, ce tableau signifierait que le maximum de fréquence de la maladie apparaît du huitième au onzième mois de la vie; ce sont bien là les mois durant lesquels le travail de la dentition est en général le plus actif.

En jetant un regard sur le premier relevé, on voit qu'il n'est pas possible de trouver dans la *seconde* dentition une cause prédisposante, comme l'avait cru Bokai, car de l'âge de six à celui de treize ans, période qui comprend sept années, on ne compte que quatre cas d'angine phlegmoneuse.

Sur quarante-cinq adultes, il n'en est que vingt-sept dont l'âge soit porté en chiffres, ils se répartissent ainsi :

De 14 à 20 ans	1
De 20 à 30 ans	5
De 30 à 40 ans	11
De 40 à 50 ans	3
De 50 à 60 ans	3
De 60 à 72 ans	4
Total	27

Si l'on réfléchit que le diagnostic des abcès rétro-pharyngiens est beaucoup plus difficile chez l'enfant que chez l'adulte, on devra en conclure qu'en réalité la disproportion entre le nombre des enfants et le nombre des adultes doit être encore notablement plus grande qu'elle ne le paraît d'après ces relevés.

J'ajoute à ces tableaux statistiques le résumé du Dr Allin de New-York. Ayant eu le regret de ne pouvoir me procurer l'original de son mémoire, je ne puis savoir s'il a emprunté une partie de ses cas aux publications des journaux européens auxquelles j'ai eu recours moi-même et qui feraient ainsi double emploi dans nos relevés [1] :

[1] Deutsche Klinik. Berlin, mars 1865, p. 88.

« Sur cinquante-huit cas d'abcès rétro-pharyngiens, le Dr Allin en trouve :

20 au-dessous de 10 ans, la plupart au-dessous de 5 ans.
4 entre 10 et 20
5 entre 30 et 40
4 entre 40 et 50
3 entre 50 et 70
17 cas sans âge indiqué.
28 hommes, 13 femmes.
17 cas sans sexe indiqué.

Causes occasionnelles :

Refroidissement.	10
Erysipèle de la face.	2
Corps étrangers du pharynx . . .	8
Blessure de sabre.	1
Chute sur la mâchoire.	1
Cérébrite.	1
Syphilis	1
Carie des vertèbres cervicales . .	6
Scoliose	5

Dans 25 cas la cause est inconnue.

Marche : 33 cas aigus
» 17 chroniques
Terminaison : 30 morts
» 25 guéris. »

Revenons à nos propres observations : le sexe n'est indi-

qué que soixante-neuf fois, dont cinquante et un hommes et dix-huit femmes. Si l'on choisit parmi ces soixante-neuf cas ceux qui se rapportent aux enfants au-dessous de deux ans, on trouve encore ici la prédominance du sexe masculin sur le féminin, sur vingt-trois cas de cette catégorie, il y a dix-sept garçons et six filles.

Nous avons peu de chose à dire sur la profession ou le genre de vie habituel des malades : la plupart appartiennent à la classe pauvre ; parmi les seize dont la profession est indiquée, douze sont des ouvriers de divers états ou des soldats ; outre ceux-ci, treize autres cas se rapportent à des enfants soignés à l'hôpital ou dans les cliniques urbaines.

Quarante-deux cas dans lesquels l'époque de l'année est mentionnée se répartissent ainsi :

4	cas en	Janvier
4	»	Février
5	»	Mars
8	»	Avril
4	»	Mai
2	»	Juin
1	»	Juillet
1	»	Août
3	»	Septembre
4	»	Octobre
3	»	Novembre
3	»	Décembre

La seule conclusion qu'on puisse tirer de ce tableau, qui repose sur un trop petit nombre de faits, c'est que les trois mois les plus chauds de l'année, juin, juillet et août sont ceux qui offrent le moins de malades.

L'état de santé antérieur ou habituel des sujets n'est mentionné que dans trente-trois observations : douze fois, c'est pour dire que le malade jouit habituellement d'une bonne santé ; dans douze autres cas, une maladie aiguë a précédé l'apparition de l'abcès.

Les exanthèmes entrent pour une faible part au nombre des causes occasionnelles : une rougeole, trois scarlatines, une variole, une erysipèle de la face. Outre cela : une coqueluche, une gastro-encéphalite, une glossite, un rhumatisme, un phlegmon périnéal, une fièvre intermittente.

Ce n'est donc que dans douze observations sur soixante-quinze que nous voyons l'abcès pharyngien survenir à la suite d'une autre maladie fébrile, et c'est à tort qu'un assez grand nombre d'auteurs (Valleix, J. Franck) affirment que la pharyngite suppurée profonde se développe le plus souvent dans le cours d'une maladie aiguë (de là le nom d'*angina accessoria* que lui avait donné J. Franck).

Un état morbide chronique ou une diathèse ont été observés chez quelques malades : la scrofule, le lymphatisme, le rachitisme ou la phthisie sont notés onze fois. Trois malades sont sujets aux catarrhes ou aux angines, un au rhumatisme, enfin, un dernier est adonné aux excès alcooliques. Je n'ai pu comprendre dans cette énumération les trois faits rapportés par M. Verneuil [1], et brièvement reproduits par le Bulletin de la Société de chirurgie. Suivant l'auteur, il s'agirait de trois abcès post-pharyngiens survenus sous l'influence de la syphilis constitutionnelle et que l'on pourrait qualifier d'adénite pharyngienne syphilitique. Il est impossible de contrôler les assertions de M. Verneuil par la lecture de ses observations, vu leur ex-

[1] Bulletins de la Société de chirurgie de Paris, 1864, 2me série, t. IV, p. 200.

trême laconisme ; jusqu'à plus ample informé, je m'en tiendrai donc à l'opinion de tous les membres de la Société qui ont pris part à la discussion et qui regardent ces faits comme des abcès pharyngiens *chez* des syphilitiques, et non comme des abcès syphilitiques.

Citons in-extenso le cas unique d'un abcès du pharynx survenu chez une femme arrivée au terme de la grossesse.

OBSERVATION IX

Du Dr MORRI

Abcès rètro-pharyngien. Accouchement. Mort. Autopsie.

« Une femme de 22 ans, dans le neuvième mois de sa grossesse, frêle et pâle, après avoir travaillé sans relâche dans un terrain humide, se plaignit, le 7 mai, de douleurs dans le cou et de fièvre toujours croissante. Elle n'offrait d'autre symptôme que de la rougeur du voile du palais et de la luette.

Le 11 mai, la malade, lorsqu'elle se couchait horizontalement, avait la sensation de la suffocation ; toux légère, peau brûlante, rien d'anormal à l'arrière-gorge. Les sangsues et la morphine ne produisirent aucun soulagement.

Le 14 l'état avait beaucoup empiré ; il y avait de l'aphonie, la luette était couverte d'un enduit muqueux, la malade ne pouvait rien avaler de solide. Gargarisme, vésicatoire.

L'accouchement ayant eu lieu avec l'aide du forceps, on constata une amélioration, mais elle ne fut que passagère. L'orthopnée, la dysphagie, la fièvre reparurent bientôt. Le 17 mai, la malade mourut.

On trouva à l'autopsie, en arrière de la glotte, un abcès situé entre le pharynx et les vertèbres cervicales et contenant environ une demi-once de pus. Il y avait aussi du pus entre les cartilages cricoïde et aryténoïdes. La trachée et le larynx offraient à peine quelques traces d'inflammation.

L'influence du refroidissement, si facilement alléguée par les malades et même par les médecins, n'est mentionnée que sept fois dans nos observations.

Les lésions traumatiques, produites par l'introduction de corps étrangers dans l'arrière-gorge, ont déterminé, à plusieurs reprises, des abcès du pharynx et de l'œsophage. Je ne cite que pour mémoire deux de nos observations, dans chacune desquelles le malade attribue son mal au passage d'un os pointu dans le gosier, mais sans que le fait ait pu être vérifié.

Les cas de traumatisme bien constaté que j'ai rassemblés, sont au nombre de huit: cinq se rapportent à des hommes, trois à des femmes; cinq à des adultes, trois à des enfants de trois ans et demi, cinq ans et huit ans et demi. Le corps du délit, dans six cas, est un fragment d'os ou d'arête de poisson; dans les deux autres, il s'agit de pièces de monnaie.

La plus ancienne de nos observations est un cas d'abcès provoqué par le séjour d'un fragment d'os dans le pharynx; elle appartient à Fabrice de Hilden; on y trouve succinctement exposés tous les symptômes de l'angine phlegmoneuse.

OBSERVATION X

De Fabrice de HILDEN

Corps étranger du pharynx. Abcès. Expulsion spontanée. Guérison.

« Anno 1592. M. Hildenæ, ossiculum undique peracutum deglutivit. Primo, secundo et tertio diebus provocato vomitu, neque

egerere, neque transglutire potuit. Vocatus tandem quarto die, inveni collum intùs et extra inflammatum, ita ut vix inspirare aut expirare, vel etiam juscula sorbere posset. Urgebant dolor vehemens, febris, delirium et convulsiones. Cum ossiculum neque vomitu, neque instrumentis ullis depelli, nedum extrahi posset, sed jam in ipso gutture abscessum procreasset, anodynis, quantum potui, dolores sedavi et suppurationem provocavi. Intus decoctum ex rad...... per siphonem injeci. Exterius autem collum inunxi oleo...... : et cataplasma... adhibui. Interim etiam aliquotie enemata injeci, et vires jusculis conservavi usque ad diem septimum. Tum per os rejecit plurimum puris, simulque ossiculum sicque liberata et brevi curata fuit. »

Un fait assez analogue à celui-ci est rapporté par Hévin [1]. Un troisième exemple offre ceci de particulier que le corps étranger a séjourné sept mois dans le pharynx, avant d'être expulsé par le pus de l'abcès qui avait fini par se développer dans son pourtour.

OBSERVATION XI

Du Dr PICHANCOURT

Corps étranger dans le pharynx. Abcès consécutif. Expulsion spontanée du corps étranger au bout de sept mois. Guérison.

Vers la fin du mois d'octobre 1865, un petit garçon âgé de 8 ½ ans, d'une bonne constitution, avala dans une cuillerée de potage un fragment d'os qui détermina immédiatement un accès de suffocation accompagné d'une douleur très-vive au niveau du larynx. Ces accidents furent de très-peu de durée, et le petit malade reprit ses jeux avec autant d'entrain que d'habitude. Prévenu environ trois mois après l'accident, j'examinai avec soin

[1] Mémoires de l'Académie de chirurgie, in-4, 1743, t I, p 465.

l'arrière-gorge, et je ne découvris rien. Je pensai que le corps étranger était descendu dans l'estomac.

Cependant, le lendemain, le malade accusa un chatouillement très-incommode dans la gorge ; ce chatouillement produisait de temps en temps quelques accès d'une petite toux sèche, saccadée et des envies de vomir. La déglutition se faisait assez facilement et sans provoquer de douleur bien marquée. Cet état persista pendant dix jours environ, lorsque de nouveaux accidents se déclarèrent : les amygdales se tuméfièrent, le pharynx prit une coloration rouge très-prononcée, presque violacée, la déglutition devint très-difficile et la respiration très-gênée ; je remarquai en même temps quelques taches blanchâtres sur les amygdales et sur les piliers du voile du palais. A cette époque, j'avais dans ma clientèle quelques cas d'angine couenneuse, et craignant pour mon petit malade cette redoutable affection, je cautérisai à l'aide du nitrate d'argent ces quelques taches, qui pouvaient très-bien s'étendre et produire des accidents graves.

Me rappelant alors que le corps étranger avalé quelque temps auparavant avait pu déterminer quelques déchirures de la muqueuse pharyngienne, que ces déchirures pouvaient être le point de départ de l'inflammation de la gorge, je me décidai, à l'aide de la sonde de Cramer, à explorer cette région. Le résultat fut négatif.

Le gonflement des amygdales augmentant, et par conséquent la respiration et la déglutition devenant de plus en plus difficiles, je fis quelques mouchetures sur ces organes ; un vomitif fut administré immédiatement après cette petite opération. Les vomissements et le léger écoulement sanguin qui s'ensuivit amenèrent un soulagement marqué. Quelques jours après, l'enfant respirait mieux, la déglutition se faisait facilement ; il put retourner à l'école vers le 20 novembre.

Cependant le chatouillement dont j'ai parlé, la petite toux sèche persistaient. Cet état dura jusqu'au mois de mai de cette année, c'est-à-dire pendant sept mois.

Vers le 10 mai on constata que l'haleine de l'enfant devenait fétide ; il y avait de temps en temps quelques coliques suivies de diarrhée, perte d'appétit, amaigrissement rapide. Cette situation m'inquiétait beaucoup, et je profitai de la présence d'un de mes amis pour le prier de m'éclairer de ses conseils. L'examen du pharynx fut renouvelé avec soin, et comme la première fois il fut négatif. Cependant fut admise comme probable la présence du

corps étranger dans les replis de la muqueuse pharyngienne, en arrière du larynx. La fétidité de l'haleine, la diarrhée et les difficultés de la déglutition s'expliquaient alors par la présence d'un abcès dans cette région. Ce diagnostic *à priori* eut bientôt sa confirmation dans les événements qui suivirent. En effet, le 20 mai au matin, le petit malade fut pris d'un accès de suffocation très-prononcé, d'une douleur aiguë dans la gorge, et, dans un effort de vomissement, il rendit du pus mêlé de sang et le fragment d'os avalé sept mois auparavant. Tous les accidents cessèrent, excepté la diarrhée, qui persista encore pendant dix jours environ. Un régime tonique fut employé, et aujourd'hui le petit malade se porte à merveille.

Le petit fragment d'os a environ un centimètre et demi de longueur, la grosseur d'une plume d'oie : il est aigu à une extrémité et mousse à l'autre ; une partie de son pourtour est celluleuse, rugueuse ; l'autre partie est lisse, comme éburnée.

Ce que ces trois observations offrent de plus remarquable, est la terminaison heureuse de la maladie à la suite de la perforation spontanée de l'abcès. Nous verrons, en effet, plus tard, que l'ouverture spontanée des phlegmons pharyngiens est presque toujours suivie de la mort du malade. Je suis porté à croire que la présence du corps étranger au milieu de la poche purulente peut quelquefois rendre plus facile et plus prompte l'évacuation du pus, en provoquant l'ulcération de la paroi antérieure du foyer. De là, un pronostic plus favorable pour certains abcès, produits par la présence d'un corps étranger dans l'arrière-gorge.

Quoi qu'il en soit, la terminaison, même dans ces cas, est aussi le plus souvent funeste ; les observations déjà citées de M. Cruveilhier et de Cricton Browne en sont des exemples. Je choisis, parmi les quatre autres, une observation du docteur Créquy.

OBSERVATION XII

Du Dr CRÉQUY

Abcès rétro-pharyngo-œsophagien consécutif à la présence d'un sou dans l'œsophage. Perforation de la plèvre droite. Mort. Autopsie.

Le 29 juin 1855, est entré à la Maison municipale de santé, service de M. Monod, suppléé par M. Demarquay, un petit garçon âgé de cinq ans, bien constitué.

Trois jours avant son entrée, cet enfant s'amusait avec un sou qu'il jetait en l'air, et qu'il cherchait à recevoir dans sa bouche. Il le reçut si bien, que cette pièce de monnaie passa dans le pharynx et s'arrêta à la partie supérieure de l'œsophage. L'enfant éprouva peu de chose au moment de l'accident. Un médecin appelé lui fit prendre un peu d'émétique. L'enfant vomit, mais il accusa, dès ce moment, une douleur vive vers la partie moyenne du cou, de l'oppression, et une impossibilité d'avaler.

M. Demarquay vit l'enfant le 27, avec le docteur Tassy, et pratiqua le cathétérisme avec la sonde de Graefe. L'instrument parcourut avec facilité tout l'œsophage, sauf un point, la partie supérieure de cet organe, où M. Demarquay crut éprouver une résistance métallique qu'il rencontra également plusieurs fois de suite, sans amener de résultat. Cependant, l'enfant se trouva mieux, et reprit toute sa gaieté. Mais dans la même journée, quatre ou cinq heures après cette exploration, il se plaignit d'une douleur vive à la partie moyenne et latérale droite du cou, se mit à pleurer, et bientôt les parents s'aperçurent que le cou et la tête se tuméfiaient. M. Tassy constata cette tuméfaction énorme du cou et de la face, ainsi que l'anxiété de l'enfant ; il reconnut, de plus, qu'un emphysème s'était produit, et qu'il s'étendait à toute la partie supérieure du corps.

Le 28, l'enfant a de la fièvre, l'emphysème persiste, mais à un moindre degré ; la déglutition se fait avec assez de facilité.

Le 29, l'enfant entre à la maison de santé. Voici l'état dans lequel nous le trouvons à la visite du matin : l'enfant est couché

sur le dos ; les joues, les parties latérales et antérieures du cou et les régions sous-claviculaires sont gonflées, principalement du côté droit. La peau, dans ces parties, n'a pas sensiblement changé de couleur. La pression avec la main, sur ces régions, détermine une crépitation fine, plus marquée à droite qu'à gauche. La déglutition devient très gênée pour les liquides, impossible pour les solides ; les boissons sont assez souvent rejetées avec une quantité notable de salive. La respiration est gênée et, pendant les mouvements respiratoires, on entend un bruit de glouglou paraissant se passer dans la région du cou. Le soir, la fièvre augmente et l'anxiété devient plus grande que le matin.

Du 1er au 3 juillet, le petit malade reste dans le même état ; l'emphysème diminue, mais la tuméfaction latérale du cou augmente, la fièvre persiste.

Le 3, il reste encore, au matin, un peu d'emphysème ; l'enfant avale les liquides avec plus de facilité ; mais lorsqu'il a pris trois ou quatre cuillerées de tisane, il éprouve toujours le même gargouillement au fond de la gorge. Vers midi, l'enfant est plus agité ; le pouls devient petit et augmente de fréquence ; l'enfant parle avec plus de difficulté ; il accuse une grande douleur dans la région épigastrique ; la respiration devient fréquente ; les extrémités se refroidissent ; le pouls disparaît ; les veines de la partie inférieure de la poitrine, du cou et de la face deviennent bleuâtres, et l'enfant expire.

Autopsie. Après avoir fait une incision sur la partie médiane du cou, et avoir divisé le sternum suivant sa longueur, on pénètre dans le médiastin antérieur. Le tissu cellulaire qui remplit le médiastin antérieur et postérieur est infiltré de pus et d'air ; le péricarde contient un peu de sérosité et quelques filaments qui réunissent le cœur à la paroi interne du péricarde. La cavité abdominale ne présente rien de particulier, seulement le diaphragme, à droite et à gauche, présente une dépression notable, tenant à l'accumulation d'une certaine quantité de liquide dans les deux plèvres.

La trachée, ouverte dans toute sa longueur, présente quelques traces d'inflammation ; mais on ne trouve aucune perforation. Toute la paroi antérieure de l'œsophage étant incisée, on constate, sur la paroi postérieure de ce conduit, une ouverture large d'environ un centimètre et demi, siégeant à l'union de l'œsophage avec le pharynx, un peu à droite de la ligne médiane, à une très petite distance de la glotte ; cette ouverture communique avec

un abcès rétro-pharyngien, dont les parois sont enduites d'un pus jaune grisâtre.

Ce foyer purulent s'étend depuis l'apophyse basilaire jusqu'à la cinquième vertèbre dorsale. Le pharynx et l'œsophage sont complétement décollés; dans toute leur étendue, il ne reste plus de traces de tissu cellulaire sain. La carotide, les jugulaires internes et les pneumo-gastriques, sont dénudés par le pus. A la partie inférieure et latérale droite du foyer purulent, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, on aperçoit le sou, couché obliquement sur le corps de la vertebre, et pénétrant en partie dans la plèvre droite par une perforation du feuillet droit du médiastin postérieur. Dans les derniers moments de la vie, une grande quantité de boissons pénétrait par l'orifice supérieur de l'œsophage, et tombait dans la cavité pleurale droite par l'orifice qui avait été pratiqué par le sou. Une autre partie tombait dans la cavité pleurale par suite de la perforation, également récente, du feuillet postérieur gauche du médiastin postérieur; cette dernière perforation a été amenée par le travail inflammatoire qui s'accomplissait dans le médiastin postérieur et par l'entrée d'une certaine quantité de boissons et de pus, qui s'étaient accumulés dans ce point. Le liquide trouvé dans les plèvres était un mélange de pus, de sérosité et de liquides qui avaient été avalés en dernier lieu. Nous avons retrouvé une certaine quantité de caséum, dû à un peu de lait, avalé par l'enfant peu d'instants avant sa mort.

La maladie, chez cet enfant, n'a duré que neuf jours ; elle a suivi la marche envahissante et montré tous les symptômes d'un phlegmon diffus; grâce à la dénudation complète, au décollement du canal alimentaire, et aux perforations multiples qu'il a subies, les boissons et les aliments ont traversé ce conduit et se sont introduits dans les points déclives du foyer purulent. Ce fait est le seul exemple de pénétration des substances ingérées dans la cavité d'un abcès.

En lisant nos huit observations de corps étrangers dans le pharynx, on est frappé de la différence extrême qui existe

entre elles relativement à la gravité et à l'acuïté des symptômes morbides. Je crois qu'il n'y a qu'une seule manière d'expliquer cette différence, c'est que, dans les cas qui se terminent par la guérison, le corps étranger a probablement été retenu dans l'épaisseur de la membrane muqueuse et a provoqué à la fois un travail ulcératif à la surface de cette membrane, et un abcès de voisinage dans le tissu cellulaire post-pharyngien, de telle sorte que le fragment d'os se détache d'abord peu à peu, puis enfin est expulsé par le flot de pus au moment où ce liquide se fraie une voie en perforant la membrane muqueuse.

Dans les cas à terminaison mortelle, le corps étranger, projeté avec plus de force, ou muni de saillies tranchantes, traverse d'emblée toute ou presque toute l'épaisseur de la paroi postérieure du pharynx; il arrive ainsi dans le tissu à mailles lâches qui sépare cette membrane des muscles prévertébraux, rencontre en ce point un terrain des plus propices au travail phlegmoneux, et n'éprouve qu'une faible résistance lorsqu'il tend, par son poids, à descendre vers la cavité thoracique. De là, l'acuïté des symptômes inflammatoires et l'étendue énorme que peut acquérir le foyer purulent.

La vue et le toucher ne pouvant fournir, au début, que des signes incertains, c'est, je pense, d'après les symptômes généraux qu'on pourra le mieux distinguer la forme grave de la forme bénigne; il s'agit encore ici d'une question de vie ou de mort, car dans les cas graves, la seule ressource peut être l'œsophagotomie, tandis que dans les cas à marche plus lente, le traitement consistera à ouvrir simplement l'abcès dans le pharynx.

Je dois noter encore une autre lésion traumatique du pharynx qui peut donner lieu à des abcès; le seul chirur-

gien qui en ait parlé est le docteur Deguise [1]. « Ces abcès attaquent les aliénés, chez lesquels ils sont le résultat des froissements répétés des sondes introduites dans l'œsophage pour alimenter les malades. Ils sont habituellement les avant-coureurs de la mort prochaine de ces malheureux, réduits déjà, par le progrès de leur mal et l'inanition; au dernier degré du marasme. »

Je n'ai rencontré nulle part d'observation relative à un accident de ce genre.

A cette occasion, je me suis demandé si l'allaitement artificiel ne pouvait pas donner lieu à une lésion traumatique analogue, par un manque d'attention de la mère ou par un mouvement brusque de l'enfant, enfonçant jusque au fond de la bouche l'extrémité du biberon, et produisant ainsi une contusion ou une déchirure de la paroi postérieure du pharynx. C'eût été un moyen d'expliquer la fréquence des abcès de l'arrière-gorge dans la première année de la vie.

Les recherches que j'ai faites à ce sujet m'ont prouvé qu'il fallait renoncer à cette explication. Sur vingt-six enfants âgés de deux mois à un an et demi, le mode d'allaitement est indiqué pour dix-sept; sur ces dix-sept, quinze sont nourris au sein, et deux seulement au biberon.

Les lésions traumatiques ne sont point les seules causes déterminantes que nous ayons à énumérer; un grand nombre d'abcès rétro-pharyngiens sont la suite de l'inflammation des ganglions lymphatiques ou d'autres organes avoisinant le pharynx; c'est ce qui a fait donner, par M. Bokai, à cette catégorie d'abcès, le nom d'*abcès secondaires*.

On peut établir deux divisions principales de ces abcès secondaires :

[1] Bulletin de la Société de chirurgie de Paris, 1860, t. X, p. 86.

1° Les abcès secondaires ganglionnaires;

2° Les abcès consécutifs à l'inflammation d'un organe voisin.

Les abcès ganglionnaires secondaires se produisent de deux façons.

a) Le plus souvent, ils résultent du développement progressif, de l'extension vers l'arrière-gorge d'une collection purulente ayant pris naissance dans les ganglions lymphatiques des régions sous-maxillaire, cervicale ou péri-amygdalienne; le foyer purulent est alors unique et d'une assez grande étendue.

OBSERVATION XIII

Du Dr HENOCH

Abcès pharyngien secondaire situé au côté gauche du pharynx. Trois incisions internes. Guérison.

Un enfant d'un an, jusqu'ici bien portant, était atteint, depuis sept semaines, d'un gonflement des ganglions cervicaux droits. Lorsque le gonflement eut disparu, à la suite de frictions de liniment volatil et d'huile de jusquiame, il se reproduisit au côté gauche du cou; de la fièvre, de la dyspnée s'y joignirent; la gêne de la respiration augmenta rapidement, surtout pendant la position horizontale; l'enfant passait des nuits sans sommeil et commença à maigrir. Le mal s'étant ainsi aggravé, la mère amena son enfant à la policlinique en novembre 1860.

Nous observâmes alors une tumeur assez volumineuse, située à gauche, entre l'apophyse mastoïde et l'angle de la mâchoire, constituée par une agglomération de ganglions lymphatiques hypertrophiés et évidemment repoussés au dehors.

L'auscultation fit entendre une respiration vésiculaire très faible, presque entièrement masquée par un fort bruit croupal, résonnant de haut en bas. L'enfant tenait la bouche ouverte à

moitié, la respiration était rapide et fortement râlante. L'inspection de l'arrière-bouche nous fit découvrir, avec beaucoup de peine, une tumeur élastique, fluctuante, située à gauche, immédiatement derrière les piliers palatins; il n'était pas possible de se rendre compte si cette tumeur avait ou non son siége dans l'amygdale.

La tumeur ayant été incisée au moyen d'un bistouri caché, il s'écoula une assez grande quantité de pus, et l'entrée de l'air dans le larynx devint plus facile en même temps que les ganglions du cou s'affaissèrent.

Mais déjà, le jour suivant, la dyspnée et la tumeur s'étaient accrues, et l'on pouvait facilement reconnaître à la vue que le bistouri avait pénétré dans l'abcès à travers les piliers du voile du palais; au moyen de l'ongle de l'index, on écarta les bords de l'incision.

Malgré cette seconde évacuation, la dyspnée se montra de nouveau au bout de deux jours à un degré inquiétant, et l'on constata une tumeur élastique considérable située au-dessous du premier abcès, et dont la formation était évidemment due à l'accumulation du pus dans la portion inférieure de la poche.

Vu l'urgente nécessité d'une nouvelle incision, on enfonça de nouveau le bistouri caché dans la tumeur ; au moins trois onces d'un pus fétide jaillirent au dehors, et il s'ensuivit une guérison complète et durable.

Bien que situé en apparence dans le côté gauche du pharynx, cet abcès appartient évidemment à ceux que nous décrivons, soit à cause de l'ensemble des symptômes qu'il occasionne, soit à cause de son volume considérable

OBSERVATION XIV

Du Dr BOKAI

Engorgement et abcès des ganglions cervicaux. Abcès pharyngien secondaire. Incision interne, puis externe. Guérison.

F. N., fille âgée de 13 ans, vint à la consultation de l'hôpital des enfants, le 26 novembre 1853. La malade souffrait depuis un an de scrofule, se manifestant principalement par la tuméfaction des glandes du cou.

La tumeur, considérable, montra à différentes époques des portions ramollies; celles-ci s'ouvrirent et laissèrent à leur suite des ulcères; il s'y joignit de l'eczéma du visage et une ophthalmie scrofuleuse.

A notre première inspection, nous trouvâmes ce qui suit : Le visage bouffi, les paupières œdématiées offrent les apparences de la blépharadénite scrofuleuse, avec injection de la conjonctive, sécrétion muqueuse abondante et photophobie intense ; un mucus épais s'écoule du nez gonflé; les lèvres sont renversées, épaisses; au devant et en arrière des oreilles, se trouvent des tumeurs inégales, de la grosseur de noisettes, dures, se continuant en bas, sur les côtés du cou, en augmentant toujours de volume, et formant, en se réunissant, une masse de la grosseur du poing, qui s'étend en haut vers la nuque. Le cou, rendu difforme par ces tumeurs, était si large qu'il dépassait considérablement, de chaque côté, la ligne qui s'étend de la mâchoire à la clavicule ; vers les parties inférieures du cou se trouvaient des cicatrices bosselées, et près d'elles, du côté gauche un ulcère à bords déchirés, à fond raboteux, sécrétant un pus séreux ; par places, la tumeur offrait un ramollissement circonscrit. Elle était généralement indolente, seulement l'ulcère et les portions ramollies étaient sensibles au toucher. La déglutition, la respiration, la digestion étaient normales ; pas de fièvre.

Nous prescrivîmes à l'enfant l'huile de foie de morue à l'inté-

rieur; des applications d'eau froide sur les yeux, un collyre au nitrate d'argent, sur l'ulcère un emplâtre de minium.

Au bout de quelques semaines, un ganglion de la grosseur d'une noix se détacha du fond de l'ulcère et fut facilement enlevé.

Au commencement de janvier, la tumeur, du côté gauche, commença à grossir, à devenir plus tendue, plus douloureuse; depuis le 11 janvier on la couvrit de cataplasmes.

A la même époque, se développa un gonflement de l'amygdale gauche, avec difficulté d'avaler, et déjà le 16 janvier nous pûmes constater, soit par la vue, soit par le toucher, la présence d'un abcès rétro-pharyngien.

La déglutition devint des plus difficiles; des douleurs lancinantes se montrèrent dans la direction de la tumeur extérieure; la respiration était empêchée, surtout lorsqu'on appuyait sur la tumeur du cou; le visage, injecté et bouffi, dénotait un trouble de la circulation sanguine.

La malade se plaignait de la sensation d'un corps étranger dans le gosier; elle avait, pendant la déglutition, de vives douleurs qui s'irradiaient jusqu'à la tumeur extérieure; les amygdales étaient gonflées et rouges ainsi que les parois du pharynx; on apercevait un rétrécissement considérable de l'isthme du gosier et une voussure de la paroi postérieure du pharynx; en un mot, tous les symptômes que nous avons reconnus dans les abcès pharyngiens secondaires, se trouvaient réunis.

Il devenait indispensable de pratiquer l'ouverture artificielle de l'abcès, d'autant plus que la consistance de la tumeur externe du cou ne permettait pas de l'inciser et que d'ailleurs, nous ne pouvions pas nous attendre à la possibilité d'ouvrir, par ce moyen, une collection purulente située à une aussi grande profondeur. L'abcès fut donc ouvert par la cavité buccale et il s'écoula plus de trois cuillerées à soupe d'un pus épais, verdâtre; il en résulta un amendement de tous les symptômes; le facies, la voix, la déglutition, la respiration devinrent normales, la douleur disparut.

Comme la sécrétion purulente était entretenue, dans ce cas-ci, par la suppuration continue de la tumeur ganglionnaire, la guérison de l'abcès se fit plus longtemps attendre; elle ne devint complète qu'à la suite de l'incision d'un abcès externe du cou qui avait fini par se former; à travers cette incision l'écoulement se fit d'une manière plus facile.

On put constater au moyen de la sonde, la communication existant entre les deux foyers; elle se montrait également par la filtration au dehors des liquides ingérés lorsque la malade buvait, et par le bruit de crépitation produit par l'introduction de l'air dans la plaie au moment de la déglutition.

La cicatrisation de la plaie interne, favorisée par des gargarismes tièdes, eut lieu au bout d'un mois.

A partir de ce moment, nous observâmes la malade encore durant plusieurs mois. La cicatrisation de la plaie du cou et la fermeture des abcès du côté droit de la région cervicale marchèrent lentement; une pleurésie gauche survint pendant ce travail. Sous l'influence de l'huile de foie de morue et de l'eau thermale d'Ofen, l'aspect extérieur de l'enfant se modifia de telle sorte, qu'à l'heure qu'il est, la maladie n'a laissé d'autres traces que des cicatrices nombreuses et caractéristiques à la région cervicale.

Il est plus que probable que chez cet enfant, profondément scrofuleux, l'abcès secondaire du pharynx provient de la fonte d'au moins un des ganglions dont nous avons décrit la position et les relations directes avec les ganglions de la région sus-hyoïdienne.

b) Dans la deuxième espèce d'abcès ganglionnaires secondaires, le phlegmon pharyngien se développe bien consécutivement à une fonte purulente des ganglions sous-maxillaires ou cervicaux, mais les deux foyers ne s'abouchent pas directement l'un dans l'autre; c'est par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques que l'adénite sous-maxillaire est propagée aux ganglions pharyngiens.

OBSERVATION XV

Du Dr FALKENHEIM

Abcès pharyngien secondaire ganglionnaire développé consécutivement à une inflammation des ganglions sous-maxillaires. Deux incisions internes. Guérison.

Rudolph Stiemer, 12 m. n. infans adhuc sub mamma et semper validus, mense aprili anni 1845 glandulis lymphaticis et colli. et maxillæ inferioris partim inflammatis partim jam suppuratis laboravit. Oncotomia facta, cataplasmatis adhibitis, mox abscessus sanabatur.

Paucis diebus post infans policlinico nostro iterum traditus est. Aderant signa catarrhi febrilis laryngis et bronchorum, vox subrauca, tussis sputa facile ejiciens sed vehementior.

Ord.: Emetic. Stib. sulph. aurat.

Status autem non melior redditus est, e contrario in pejus mutatus, quum mater infantem in sugendo molestias habere, et lac interdum per os et nares rejicere observasset. Quod cum abscessibus, qui in collo antea erant orti, conjunctum, nos ad diagnosin ducebat. Digito in fauces inducto parietem posteriorem pharyngis elevatam atque fluctuantem invenimus, ibidemque incisione cultello facta, cochlear circiter puris evasit, nec multo post Euphoria omnino apparuit.

Mox autem, quum interea incisio ipsa celeriter clauderetur, et symptomata vehementius exacerbarentur, denno majore cum difficultate magis in inferiorem partem longior incisio facienda erat.

Cataplasmatis adhibitis, infans mox optimam valetudinem recuperavit.

L'observation XLI, citée plus loin, est encore un exemple d'abcès secondaire ganglionnaire.

Ces cas d'abcès pharyngiens consécutifs à des adénites

de la région cervicale sont une des meilleures preuves de l'opinion que j'ai déjà soutenue, que les abcès rétro-pharyngiens ont fréquemment leur siége dans les ganglions post-pharyngiens.

La deuxième catégorie des abcès secondaires de l'arrière-gorge renferme ceux qui prennent naissance à la suite de l'inflammation d'un des organes avoisinant le pharynx. A cette classe appartiennent les abcès par congestion causés par la tumeur blanche des vertèbres cervicales ; j'ai déjà dit que je ne m'occuperais pas de cette classe d'abcès; mais outre les abcès par congestion il existe d'autres phlegmons secondaires ; Mondière déjà a cité l'exemple d'un abcès survenu à la suite d'une inflammation chronique de l'œsophage avec épaississement et rétrécissement de ce canal.

OBSERVATION XVI

Du Dr FISKE

Rétrécissement de l'œsophage. Abcès pharyngien secondaire. Mort. Autopsie.

Simmons, âgé de 40 ans, se plaignait d'un rhume; il respirait et avalait avec difficulté; toux rare, mais très rauque. Il attribuait son indisposition à un os de volaille qu'il croyait avoir avalé. En examinant la gorge on n'aperçut aucune trace d'inflammation; à l'extérieur elle paraissait plus grosse et plus dure qu'à l'ordinaire, ainsi que le cou, mais la pression n'excitait aucune douleur.

Malgré les saignées, les vésicatoires, les fumigations, l'état du malade empira et il expira au quatrième jour de la maladie.

A l'ouverture du cadavre, on trouva un abcès profond, situé entre le larynx et le pharynx ; il contenait environ quatre onces de pus fétide et avait, par sa pression, presque entièrement fermé

le larynx. L'épiglotte était très épaissie, et recouverte, ainsi que la glotte, d'une effusion lymphatique. La membrane muqueuse de la trachée était saine. Le pharynx était très épaissi, et l'œsophage, quoique sain du reste, offrait dans un point de son étendue un resserrement par lequel une plume d'oie pouvait à peine passer. On ne découvrit aucun fragment d'os, nonobstant le rapport du malade. Les muscles qui recouvraient l'abcès étaient très épaissis, et avaient un aspect cartilagineux.

Dans cette observation, l'abcès consécutif au rétrécissement œsophagien est au devant du pharynx, entre cet organe et le larynx, il ne rentre donc pas complétement dans le sujet qui nous occupe.

Voici un second exemple d'abcès secondaire, consécutif à une inflammation de la langue.

OBSERVATION XVII

Glossite aiguë suivie d'un abcès du pharynx. Incision extérieure. Guérison.

Un infirmier de la salle Saint-Ferdinand à la Charité, fort bien portant, se coucha un soir en se plaignant d'un léger mal de tête. Il n'avait rien éprouvé de particulier pendant la journée.

Tout à coup, à onze heures du soir, il sentit survenir un gonflement considérable de la langue et du cou, qui au bout d'une demi-heure s'accompagnait d'impossibilité de parler, de difficulté de respirer. Des sangsues furent posées au devant du cou.

Le lendemain matin, la physionomie altérée, jaunâtre, exprimait la souffrance la plus vive; la bouche, légèrement entr'ouverte et pouvant à peine laisser passer l'extrémité du doigt. laissait écouler incessamment une salive abondante. A travers l'écartement des dents on apercevait la langue tuméfiée, sans rougeur, présentant une phlyctène sur son bord gauche. La parole était impossible, et quelques cuillerées de tisane, introduites à grand'peine dans la bouche, étaient en partie rejetées très

douloureusement. Toute la région sous-maxillaire était gonflée, dure, très-sensible au toucher; le moindre mouvement de toutes ces parties excessivement douloureux. Il y avait une fièvre assez forte. (Saignée de quatre palettes. — 20 centigrammes de tartre stibié.)

Le jour suivant, le gonflement intérieur était moindre, le malade entr'ouvrait un peu les mâchoires, sans pouvoir encore faire sortir la langue; on la distinguait dans la bouche, très volumineuse, un peu déformée à sa pointe comme si elle s'était moulée sur les dents; toute sa face inférieure était recouverte d'une exsudation pseudo-membraneuse. La déglutition était moins difficile, douloureuse seulement quand le liquide arrivait au bas du pharynx. (Sulfate de soude.)

Le quatrième jour, la parole et la déglutition étaient libres, le malade entr'ouvrait facilement les mâchoires. La langue n'était plus qu'un peu plus volumineuse qu'à l'ordinaire, dépouillée de son épiderme, rouge et lisse uniformément, présentant sur ses deux faces quelques plaques couenneuses blanches, minces, isolées...

Il survint alors une légère pleurésie à gauche, qui céda à une saignée et un vésicatoire.

Cependant, le cou se gonfle de nouveau, les mâchoires refusent de s'écarter, la parole est nasonnée, pénible, la déglutition difficile et excessivement douloureuse. Un obstacle semblant placé à la partie inférieure du pharynx s'oppose au passage des liquides, ou n'en laisse passer qu'une partie, le reste revenant par les fosses nasales. A ces signes, on diagnostique un abcès occupant la partie inférieure du pharynx. L'impossibilité d'écarter les mâchoires ne permet pas d'en chercher le siége avec le doigt. Pendant six jours, le malade reste dans un état de souffrance et d'anxiété difficile à décrire, ne pouvant ni avaler, ni parler, ni mouvoir la tête sans d'excessives douleurs. Enfin, on sent de la fluctuation un peu au-dessous de la mâchoire inférieure, à droite de la ligne médiane; un abcès est ouvert, et le malade éprouve immédiatement un soulagement considérable qui, au bout de peu de jours, fait place à une guérison complète.

Il manque quelques détails importants dans l'histoire de ce malade; ainsi, le nombre de jours qui s'est écoulé entre la résolution de la glossite et la formation de l'abcès pha-

ryngien n'est pas indiqué ; nous ne pouvons non plus savoir exactement quel point de la face antérieure du cou a été incisé ; il ne nous est pas dit si la respiration était libre avant l'ouverture artificielle de l'abcès. Quoi qu'il en soit, c'est bien évidemment là un abcès de la partie inférieure du pharynx. L'expression de pseudo-membranes employée pour définir un enduit par *plaques blanches, minces, isolées*, se rapporte probablement plutôt à une exfoliation épithéliale qu'à une sécrétion diphthérique.

Les trois exemples d'abcès pharyngiens secondaires, qui nous restent à faire connaître, pourraient former une catégorie à part sous le nom d'*abcès kystiques*, ils sont le résultat de l'inflammation de volumineux kystes du cou. Sous l'influence d'une cause inconnue, ces tumeurs deviennent douloureuses, augmentent rapidement de volume dans tous les sens, se portent en arrière et en haut, contournant le pharynx et viennent faire saillie à la paroi postérieure de cette cavité ; j'ai déjà fait connaître un cas (obs. VIII) où la mort est survenue à la suite de l'ouverture spontanée de la poche dans le pharynx.

Dans l'un des deux exemples que je vais citer, le kyste a été incisé au fond de l'arrière-gorge ; dans le second, la perforation a eu lieu spontanément, mais une contre-ouverture a dû être faite à la face antérieure du cou.

OBSERVATION XVIII

De DESAULT

Kyste du cou enflammé, incisé dans le pharynx. Guérison.

Le nommé B. Lacoste, âgé de 20 ans, compagnon menuisier, d'un tempérament légèrement sanguin et bilieux, d'une assez

bonne constitution et sans aucun vice apparent dans ses humeurs, vint à l'Hôtel-Dieu dans le mois d'août 1787, pour un mal de gorge avec phlogose et excoriation à la partie supérieure et postérieure du pharynx, qui rendait la déglutition laborieuse. Cette esquinancie était accompagnée d'engorgement et de saignement des gencives.

Quoique le malade eût déjà une tumeur au cou et qu'elle existât depuis un an, il n'en prenait aucune inquiétude; son accroissement lent et insensible lui en faisait négliger la guérison. Il fut couché dans la salle des maladies internes; on lui donna des gargarismes adoucissants, etc. Après cinq semaines de séjour dans cet hôpital, se trouvant beaucoup soulagé, il en sortit et continua ses travaux ordinaires. Cependant, la tumeur du cou faisait de jour en jour des progrès; mais comme ce n'était point cette tumeur qui l'avait déterminé à entrer à l'Hôtel-Dieu, il crut qu'elle ne devait pas l'y retenir.

Il alla à Fontainebleau exercer son état, revint à Paris, et y jouit d'une assez bonne santé jusqu'au mois de janvier 1788, où il fut saisi subitement d'une fièvre violente qui le mit hors d'état de continuer son travail. Il fut transporté de nouveau à l'Hôtel-Dieu; il avait de la fièvre et ne se plaignait point de sa tumeur. Il fut reçu dans la salle Saint-Charles, salle destinée aux maladies internes. Le médecin lui prescrivit les remèdes qu'il crut convenables.

La tumeur du cou augmentait toujours, et ses accroissements étaient beaucoup plus rapides. Bientôt elle fut d'un volume considérable. La déglutition, la prononciation et la respiration devenaient de plus en plus difficiles; et trois semaines après un essai inutile du secours de la médecine, le malade pouvait à peine exécuter ses différentes fonctions et était dans le plus grand danger de suffocation.

Les accidents parurent alors assez pressants pour faire voir ce malade à Desault, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu. Il trouva au cou une tumeur qui s'étendait depuis l'apophyse mastoïde du côté gauche, jusqu'à l'angle de la mâchoire du côté opposé, et de là jusqu'à la partie supérieure du sternum; elle était sans changement de couleur à la peau, sans dureté ni mollesse sensible, paraissait avoir son siége profondément sous les muscles des parties antérienres et latérales du cou, était plus saillante du côté gauche, où le malade rapportait particulièrement la douleur. On sentait aussi de ce côté un mouvement de succussion

et de soulèvement imprimé à cette tumeur par le battement des artères carotides, mouvement qu'il était facile de distinguer des pulsations qui ont lieu dans les anévrismes, lesquelles se font toujours avec développement dans toute l'étendue de la tumeur. Il y avait surdité de l'oreille du même côté.

Ces signes étaient insuffisants pour faire connaître la nature de cette tumeur, et sans cette connaissance, l'art ne pouvait rien contre des symptômes aussi alarmants.

Desault examina l'intérieur de la bouche, et aperçut dans son fond une saillie lisse et arrondie qui répondait à la paroi postérieure et supérieure du pharynx, et s'avançait jusque sur la base de la langue; il ne douta plus alors qu'elle ne fût la source de tous les accidents. Il y porta le doigt, sentit de la mollesse et de la fluctuation, et soupçonna un dépôt purulent, dont le siége paraissait être entre le corps des vertèbres cervicales et la partie postérieure du pharynx.

L'état de suffocation où était réduit le malade demandait le plus prompt secours; aussi Desault ne remit-il pas à une autre heure l'opération qu'il jugea nécessaire pour donner issue à l'humeur contenue dans cette tumeur. Il se servit pour la pratiquer d'un simple bistouri dont il enveloppa la lame d'une bandelette de linge, jusqu'à cinq ou six lignes de sa pointe. A peine l'eut-il plongé dans le centre de la tumeur, qu'il en sortit un jet de pus qui inonda la bouche du malade, le força à cracher, et empêcha qu'on ne donnât l'étendue convenable à l'incision. Le pus continua de jaillir en si grande quantité qu'en un instant le malade en rendit par la bouche plus de trois chopines; il recouvra aussitôt la respiration et la parole. Desault agrandit avec le même bistouri l'ouverture commencée, et la prolongea vers la partie inférieure, afin de s'opposer au séjour des liquides dans un foyer dont l'étendue devait être en raison de la quantité de pus qu'il contenait, et éviter une trop prompte réunion. Tous les symptômes de cette maladie disparurent presque au même instant, la tumeur du cou fut dissipée en peu d'heures, les boissons passèrent sans peine, la fièvre cessa, et deux jours après il put prendre des aliments solides; la déglutition n'en était plus douloureuse, il éprouva seulement pendant quelques jours une légère cuisson quand il avalait quelques liqueurs un peu irritantes. Le foyer se détergea par l'expectoration: en peu de temps la guérison fut parfaite, et le malade échappa à la mort qui le menaçait.

L'histoire de ce malade a été insérée dans le mémoire de Mondière, l'ouvrage de M. Chassaignac et la thèse de M. Gillette. Ces trois auteurs rangent ce cas au nombre des abcès pharyngiens *chroniques*; je ne puis partager leur opinion. On remarquera, en effet, que la tumeur a débuté à la face antérieure du cou plus de dix-huit mois avant l'opération, que, durant toute cette période, elle s'est accrue avec lenteur, sans douleur, sans changement de couleur à la peau, sans provoquer aucune gêne de la respiration ni de la déglutition; ces circonstances, jointes à l'énorme quantité de liquide écoulé, me font croire qu'il s'agit ici d'un kyste thyroïdien suppuré. On voit effectivement qu'après ces dix-huit mois d'un état indolent, les accidents inflammatoires ont envahi la tumeur d'une manière aiguë et subite, avec fièvre intense; que, depuis leur apparition, l'augmentation de volume du kyste a été rapide et considérable, et qu'alors seulement, la dyspnée et la dysphagie se sont montrées.

L'observation suivante, dans laquelle le diagnostic n'est pas douteux, vient du reste à l'appui de ma manière de voir, car elle présente de grands points de ressemblance avec celle de Desault.

OBSERVATION XIX

Du Dr W. SAVORY

Kyste volumineux du cou enflammé et ouvert spontanément dans le pharynx. Incision externe. Guérison.

J'ai vu, le 2 mars 1866, avec M. Pettifer un homme grand, mince, à cheveux rares et favoris grisonnants, âgé de 62 ans.

Une grosse tumeur occupait tout le côté droit du cou; elle

s'étendait de l'apophyse mastoïde au sternum; en arrière elle occupait le triangle postérieur, en avant elle dépassait la ligne médiane, refoulant fortement à gauche le larynx et la trachée. Elle n'était pas fort tendue et n'offrait pas, dans toutes ses parties, une égale résistance à la pression. Vers son centre, qui était la partie la plus saillante, elle était molle et fluctuante, et la percussion y rendait un son tympanique, en sorte qu'évidemment elle renfermait de l'air. La cavité de la tumeur ne paraissait pas éloignée de la peau; mais il était évident qu'elle s'enfonçait très profondément dans le cou; pendant les mouvements de déglutition elle s'élevait avec le larynx, et on pouvait la faire mouvoir en la saisissant avec la main.

Le malade nous dit que cette tumeur existait depuis plus de trente ans. L'accroissement avait été rapide en dernier lieu, et la respiration en était gênée. Une ponction avait été faite il y a plusieurs années et avait donné issue à du liquide.

Environ une semaine avant notre première entrevue, une quantité considérable de matière puriforme, horriblement fétide, s'était écoulée du pharynx et de la bouche, et le malade en fut presque suffoqué; la tumeur devint dès lors remarquablement flasque, mais peu de temps après elle parut se remplir de nouveau, et donna issue à un écoulement purulent, spumeux, fétide. Dans les deux derniers jours, cette matière avait été fréquemment expectorée et avait infecté la chambre. L'haleine était extrêmement fétide; le malade ne pouvait se coucher que sur le côté droit.

Cet homme était intelligent, rendait compte fort clairement de son état; il était très sourd depuis plusieurs années. Sa santé générale avait été bonne, et il s'inquiéta peu de sa tumeur jusqu'au moment où elle commença à gêner sa respiration; mais depuis l'apparition de l'écoulement fétide, les forces et la bonne humeur s'en allèrent et le malade commença à se désespérer.

La santé de cet homme s'était rapidement détruite par cette expectoration; sa vie même était en danger par la façon soudaine dont, de temps en temps, le pus s'échappait dans le pharynx.

La tumeur était indubitablement un de ces grands kystes aqueux auxquels on a donné le nom d'hygromas ou d'hydrocèles du cou. Elle s'était ouverte dans l'arrière-gorge, probablement dans quelque point du pharynx, peut-être sur les côtés de cette cavité, juste au-dessus de la glotte. Il est difficile d'admettre une

communication du kyste avec la trachée, car malgré l'angoisse et la dyspnée qui se manifestaient lorsque la bouche se remplissait soudainement de pus, les symptômes n'étaient cependant pas aussi graves qu'ils auraient dû l'être, si le liquide s'était versé directement dans le larynx ou la trachée; de plus, le pus était rejeté sans beaucoup de toux, ni d'efforts d'expectoration. A cette époque, l'examen au laryngoscope n'était pas supporté.

Nous fûmes d'accord pour décider qu'il fallait faire quelque chose pour soulager le malade, et que le cas n'admettait pas de délai.

Il n'était pas question d'enlever le kyste par une dissection; je proposai simplement de ponctionner la tumeur, afin de s'assurer positivement de sa nature, puis d'ouvrir largement la cavité par une incision. De cette façon, on donnait issue au dehors au liquide, et on faisait cesser l'écoulement du pharynx; il y avait aussi tout lieu d'espérer que le kyste, se resserrant peu à peu, finirait par disparaître.

Le 6 mars, l'ouverture fut faite. Notre malade avait considérablement perdu du terrain depuis notre dernière entrevue. Je ne puis décrire l'horrible puanteur qui accompagnait l'expectoration, alors presque constante. Beaucoup de sang s'était écoulé avec le pus; quelquefois le malade avait rendu en une seule fois un quart de pinte de pus et de sang mélangés à proportions égales, et à la suite la tumeur s'était affaissée, mais seulement dans quelques parties; cette circonstance me fit penser que le kyste était peut-être multiloculaire.

Je fis une première ponction avec une aiguille cannelée dans le point où la paroi paraissait le plus mince, et le son de la percussion le plus tympanique, c'est-à-dire dans le point proéminent, près du centre; mais il ne s'échappa qu'une petite quantité de sang foncé, glutineux. Je fis ensuite une incision d'un pouce et demi de longueur au-dessus de la piqûre, et disséquai avec précaution. Le peaucier et le sterno-mastoïdien s'étalaient tous deux au devant du kyste. Les parois du sac mises à nu, je le ponctionnai avec le bistouri, et aussitôt il s'échappa du sang noir, grumeleux, du pus et de l'air; l'ouverture fut agrandie et donna issue à une grande quantité de ce liquide; l'odeur en était presque insupportable.

J'introduisis le doigt dans la cavité et la trouvai très vaste et irrégulière; elle occupait la presque totalité du côté droit du cou, atteignant en haut et en arrière l'apophyse mastoïde, en

bas le sternum; au devant du cou elle touchait le larynx et la trachée, repoussés à gauche, loin de la ligne médiane, et en haut; je pus sentir la place de l'ouverture de communication avec le pharynx. En agrandissant encore la plaie d'un pouce en haut et en bas et en écartant ses bords, nous pûmes inspecter facilement la cavité et la nettoyer avec de petites éponges; la paroi postérieure laissait voir les lambeaux d'une membrane foncée et raccornie; nous les attirâmes au dehors avec une pince, et reconnûmes que c'était une partie putréfiée et mortifiée des parois du kyste; nous n'excisâmes qu'une portion de ce tissu, ne sachant pas à quel organe il pouvait adhérer; une ou deux artères furent liées dans les parois qui recouvraient le kyste. Quelques bandes de linge sec furent introduites dans la cavité. Le patient, assis sur une chaise, avait supporté avec courage l'opération, sans chloroforme; il marcha à son lit et se coucha sur le côté droit. Nous remarquâmes que la trachée et le larynx avaient repris leur place presque sur la ligne médiane après l'opération.

Tout se passa bien, sans incidents. Le malade éprouva un soulagement immédiat et se remit rapidement. La fétidité de l'écoulement diminua vite, et fut combattue au moyen de la liqueur Condy, dont on enduisait les bandes de linge introduites dans le kyste. Le reste de la paroi de la tumeur se détacha en deux ou trois grands lambeaux. Peu à peu l'écoulement se transforma en un pus sans odeur. La poche se resserra, et au bout d'un mois se ferma, laissant une cicatrice linéaire, entourée d'une zone de tissu induré, assez étroite pour être recouverte par une pièce d'un florin. Le malade a repris son activité, sa santé est excellente. On ne découvre rien d'anormal à l'examen laryngoscopique.

Le seul symptôme subjectif mentionné dans cette observation est la dyspnée; il n'est nulle part question de désordres de la déglutition, ni d'altérations de la voix. Quoi qu'il en soit, ces deux faits, auxquels il faut ajouter l'observation VIII, constituent une classe particulière de suppurations symptomatiques du pharynx, sur laquelle j'ai cru devoir appeler l'attention, parce qu'il importe de la distinguer des autres espèces de collections purulentes de cette région.

SYMPTOMATOLOGIE

Cette description, ne devant reposer que sur l'analyse des quatre-vingt-dix-sept observations que j'ai recueillies, je crois nécessaire de prendre, pour commencer, chacun des principaux symptômes en particulier ; j'aurai ensuite à les réunir pour exposer l'invasion, la marche, la durée et la terminaison de la maladie.

La gêne de la respiration est le symptôme le plus apparent des abcès de la région postérieure du pharynx, il est cependant passé sous silence dans treize observations ; cela peut tenir à ce que le malade n'a été examiné que sur la table d'autopsie, ou à ce que les renseignements symptomatologiques font entièrement défaut. Dans deux cas cependant, la dyspnée a réellement manqué, et cela est dû à la circonstance fort rare que l'abcès avait son siége dans la partie supérieure du pharynx en arrière des fosses nasales ; il en résultait que l'air entrait avec facilité dans la trachée tant que le malade avait la bouche ouverte, s'il la fermait, au contraire, la respiration devenait impossible

parce que l'orifice postérieur des fosses nasales était oblitéré.

OBSERVATION XX

Du Dr LOEWENHARDT

Abcès rétro-pharyngien supérieur. Ponction insuffisante. Mort. Autopsie.

Hermann H. de S., enfant bien portant et bien nourri, âgé de 14 mois, allaité encore par sa mère, tomba malade le 27 août 1819, sans qu'on pût y assigner d'autre cause qu'un léger changement dans la température. Il avait la peau chaude, criait beaucoup, et lâchait souvent le sein, quoiqu'il pût facilement avaler le lait qu'il tétait. La respiration était libre, la toux rare, la langue chargée; pas d'autre symptôme anormal dans la cavité buccale; le ventre n'était pas gonflé, quoiqu'il y eût constipation depuis la veille. Un laxatif amena au bout de peu de temps une évacuation, mais sans soulagement dans l'état général. Au contraire, la chaleur, l'agitation allèrent croissant; les lèvres et la bouche étaient sèches, l'enfant prenait avidement le lait qu'on y faisait couler, mais moins volontiers le sein. Lorsqu'il était éveillé et hors de son berceau, on aurait dit qu'il avait un violent rhume de cerveau, tant était fort le bruit qu'il faisait en respirant par le nez; lorsqu'il dormait, même la bouche ouverte, on entendait l'air entrer avec bruit dans les fosses nasales.

Plusieurs symptômes gastriques se montrèrent alors; le larynx et toute la cavité buccale étaient recouverts d'une épaisse couche de mucus. L'enfant avait de fréquents renvois, et n'allait du ventre que tous les deux jours, à moins de lavement.

Tel était l'état lorsque je fus appelé en consultation, le dixième jour de la maladie. J'avais, par hasard, pris connaissance, peu de temps auparavant, de la description de l'*angina faucium* donnée par Abercombrie[1]; elle me parut avoir de grands rapports avec l'affection du petit malade.

[1] E. de Siebold, Journ. f. Geburtshülfe. Berlin, 1830, t. IX. p. 337.

Nous commençâmes par examiner le nez, et ne trouvâmes, aussi haut qu'on pouvait voir, aucune altération morbide, sinon que la muqueuse paraissait plus sèche que de coutume. Nous ouvrîmes ensuite la bouche de l'enfant, abaissâmes la langue avec une spatule mince, et élevâmes le voile du palais avec une autre spatule ; il nous sembla alors que la paroi postérieure du pharynx était, dans sa partie supérieure, qui est d'ordinaire cachée par le voile du palais, rouge, enflée et bombée en avant. Les parties voisines, telles que les amygdales, la partie inférieure du pharynx, le voile et la luette ne nous parurent ni rouges, ni œdématiées, et quoique la cavité buccale fût très chaude, il n'y avait pas augmentation de sécrétion salivaire, mais les parties étaient recouvertes d'une légère couche de mucus.

L'agitation de l'enfant, les difficultés de l'exploration, laissèrent le diagnostic incertain, même après avoir renouvelé l'examen à plusieurs reprises, en sorte qu'un traitement antiphlogistique énergique fut négligé. Prescription : infusion de manne et de pulpe de tamarin.

L'état du malade continua à s'aggraver jusqu'au quatorzième jour; l'enfant criait toujours plus et maigrissait à vue d'œil, la fièvre augmentait avec exacerbation le soir et transpiration nocturne, la tumeur prenait de l'accroissement ; je proposai à mon collègue d'enfoncer un trocart dans cette tumeur, et me mis aussitôt en devoir de pratiquer cette ponction. L'agitation de l'enfant et l'obligation d'écarter à la fois le larynx et le voile du palais rendirent le manuel difficile. Cependant l'instrument pénétra à la profondeur d'environ quatre lignes dans la tumeur sans qu'il s'écoulât autre chose que quelques gouttes de sang par la canule. Je ne pouvais, dans des circonstances aussi douteuses, pénétrer plus avant sans danger, d'autant plus que les parents et le médecin n'avaient pas consenti volontiers à l'opération.

Nous résolûmes de nous conduire d'après les règles générales de la thérapeutique ; nous prescrivîmes une infusion de quinquina et de blanc d'œuf, et contre la diarrhée, survenue en dernier lieu, des lavements de graine de lin avec quelques gouttes d'opium.

L'enfant mourut paisiblement le vingt-quatrième jour de la maladie, sans que l'examen du cou, pratiqué la veille, eût fait reconnaître un développement plus considérable de la tumeur.

Les parents désolés ne voulaient pas entendre parler d'auto-

psie; ce n'est qu'après de pressantes sollicitations que je pus obtenir d'examiner le cou, 28 heures après la mort.

Autopsie. Afin de mieux parvenir au siége présumé du mal, nous fîmes une incision le long du bord inférieur de la mâchoire; nous en pratiquâmes ensuite une autre allant du menton au sternum, disséquant et relevant la peau, à partir des clavicules, nous cherchâmes à détacher et à rabattre la trachée, le larynx et l'œsophage. Pendant que nous étions ainsi occupés, une quantité considérable de pus rejaillit sur nous; ce liquide provenait d'une perforation de la partie supérieure du pharynx. Comme la paroi antérieure de la tumeur était fort mince, l'ouverture s'était probablement produite par une pression ou une légère incision, faite en disséquant les parties voisines. Nous élargîmes l'ouverture par en bas, et recueillîmes six à huit onces d'un pus épais et jaune, s'échappant d'un abcès qui remplissait presque toute la portion supérieure du pharynx. L'inflammation et l'abcès qui en avait été la suite s'étendait plutôt en haut et sur les deux côtés, ce fait explique pourquoi la tumeur proéminait aussi peu dans la cavité buccale. Les muscles long du cou et droits de la tête paraissaient aussi atteints par la suppuration; aucune rugosité n'indiquait qu'il y eût carie des vertèbres.

C'est l'observation la plus complète d'abcès rétro-pharyngien *supérieur*. Les symptômes qui caractérisent la maladie sont: la dyspnée n'apparaissant que lorsque l'enfant tient la bouche fermée, le bruit de ronflement très fort, semblable à celui qu'on observe dans le coryza intense, siégeant dans les fosses nasales et la région supérieure du pharynx; enfin la position de la tumeur au-dessus du bord inférieur du voile du palais.

Sauf ce petit nombre d'exceptions, la dyspnée ne manque jamais; elle est caractérisée par une respiration pénible, laborieuse, poussée quelquefois jusqu'à l'orthopnée, s'accompagnant (dans dix cas) d'un bruit de sifflement dans l'inspiration, d'autres fois de bruits de râle, de ronflement, de gargouillement, ou de coassement; ces différents bruits

ont leur siége au niveau du larynx ou peuvent quelquefois s'entendre dans la trachée.

Des accès de suffocation viennent par moments exaspérer tous ces symptômes ; le malade alors ne peut respirer que debout ou assis, le visage est anxieux, la respiration devient stertoreuse, abdominale et tous les symptômes de l'asphyxie se présentent réunis. Ces paroxysmes sont souvent provoqués par l'ingestion des aliments ou des liquides, ou par l'exploration du médecin.

Un seul malade a présenté une particularité remarquable et que je ne puis expliquer ; chez lui, la respiration n'était possible que dans la position horizontale, et dès qu'il essayait de s'asseoir, la dyspnée devenait insupportable.

OBSERVATION XXI

Du Dr FLEMING de Dublin

Abcès rétro-pharyngien. Incisions. Guérison.

Un enfant, âgé de trois ans et demi, jouissait habituellement d'une bonne santé. Il fut pris de quelques vomissements suivis de gêne de la respiration. En trente-six heures les accidents s'étaient considérablement aggravés et avaient revêtu les formes d'une fièvre inflammatoire violente, paraissant dépendre de lésions du cerveau ou de ses membranes. Un traitement énergique leur fut opposé ; le quatrième jour l'enfant était en convalescence, et si bien que je déclarai mes visites inutiles.

Le jour suivant on m'appela de nouveau : l'enfant ne pouvait mouvoir sa tête, tout son col était raide, comme inflexible, et la tête était fortement penchée en arrière ; les moindres mouvements imprimés à ces parties étaient fort douloureux. Le petit malade se plaignait beaucoup du fond de la gorge ; la dégluti-

tion était difficile et accompagnée d'efforts spasmodiques de vomissements. Il n'y avait d'ailleurs ni toux ni altération de la voix; en quelques jours cette dernière se perdit complétement. Les deux mâchoires ne pouvaient s'éloigner sans de grandes douleurs. J'examinai, avec toute l'attention dont j'étais susceptible, le col et la gorge, et ne pus rien y découvrir.

Au dixième jour, l'état du malade n'avait fait qu'empirer: amaigri, affaibli, il était tourmenté par une soif ardente, et les liquides passaient si difficilement qu'il ne buvait qu'à la dernière extrémité; presque toujours plongé dans l'assoupissement, il restait couché sur le dos. Je m'aperçus que *lorsqu'il se mettait sur son séant pour boire, le trouble de la respiration était de beaucoup augmenté, pour se calmer un peu aussitôt qu'il se recouchait.* Le contraire arrivait pour les symptômes cérébraux qui s'aggravaient dans le décubitus. Cette coïncidence m'amena à penser que la maladie pouvait tenir à une obstruction mécanique du pharynx, survenue depuis l'examen que j'avais fait de ces parties. J'introduisis avec difficulté mon petit doigt entre les deux mâchoires serrées l'une contre l'autre, et j'arrivai jusqu'à la base de la langue, au delà de laquelle je sentis distinctement une tumeur obscurément fluctuante. Le voile et les piliers se reconnaissaient facilement, mais le moindre mouvement imprimé à la langue était si douloureux, que je crus devoir cesser ces investigations.

Quoique je n'eusse jamais vu ni entendu parler d'abcès au pharynx chez les enfants, la sensation d'une fluctuation obscure en cette région me confirma dans l'opinion que mon malade portait un abcès dont le volume seul occasionnait les graves symptômes dont j'étais témoin. J'en tentai l'ouverture en m'armant de toute ma prudence, et à ma satisfaction, il s'écoula une grande quantité de pus.

Presque aussitôt les accidents disparurent. Le soir du même jour ils étaient revenus; j'examinai de nouveau la gorge; l'ouverture faite à la tumeur s'était fermée. Je recommandai de tenir la tête de l'enfant aussi élevée et aussi penchée que possible sur la poitrine; les jours suivants la suppuration continua, l'enfant se leva, et la convalescence, quoique longue, se fit régulièrement.

L'attitude observée chez cet enfant rappelle la position

décrite par M. Duchenne, de Boulogne, chez les malades qui respirent exclusivement par l'action des muscles sterno-mastoïdiens. La douleur intense pendant les mouvements de la langue et la difficulté d'ouvrir les mâchoires sont peut-être dues à ce que l'abcès envoyait un prolongement sur les côtés du pharynx et jusque vers la base de la langue.

Chez les deux petits malades que j'ai observés moi-même, l'inspiration était sifflante et beaucoup plus difficile et plus pénible que l'expiration, ainsi que cela se passe ordinairement dans la laryngite œdémateuse.

Nous verrons tout à l'heure que la pression extérieure sur le cou exaspère en général la dyspnée.

Les altérations de la voix surviennent à une période déjà avancée de la maladie, elles peuvent quelquefois (dans quatre cas voix naturelle) manquer complétement. Lorsque la phonation est altérée, le son peut être simplement voilé ou affaibli, ou bien le timbre est enroué, rauque, nasonné; Bokai le compare dans ces cas à ce qu'il devient chez une personne qui essaie de parler pendant qu'on lui comprime le cou de chaque côté, avec les doigts appliqués extérieurement à la hauteur des amygdales. Duparcque a rencontré la voix saccadée, assez semblable, pour le timbre, au cri du canard.

Lorsque la maladie fait des progrès, la voix devient étouffée et s'affaiblit jusqu'à l'aphonie complète. Dans un cas cité par Henoch, l'aphonie absolue se montra tout le temps que le petit malade fut en observation, elle constitua avec la dyspnée le seul symptôme de la maladie (obs. XXIV).

Il serait utile de rechercher si les altérations diverses de la voix sont en rapport avec le siége plus ou moins élevé, ou avec l'étendue de l'abcès. Suivant M. Mœller, la voix

s'éteint et prend tous les caractères de l'aphonie croupale lorsque la collection purulente est située au bas du pharynx ou derrière l'œsophage, et ce symptôme aurait pour cause, d'après le professeur de Kœnigsberg, la paralysie d'une des cordes vocales produite par la compression du nerf récurrent. Lorsqu'au contraire, l'abcès se trouve occuper le centre ou la portion supérieure du pharynx, la voix est ronflante ou râlante, surtout pendant le sommeil. Les faits que je possède ne confirment pas les assertions de M. Mœller.

Un grand nombre d'auteurs ne mentionnent pas la toux, ce symptôme n'est indiqué que sur vingt-trois malades ; il faut ajouter cependant que, dans cinq cas seulement, il est dit que la toux a entièrement manqué. Tantôt sèche, sifflante, tantôt forte, râlante avec expectoration de pus ou de muco-pus sanguinolent, la toux peut enfin être rauque, et quatre fois elle offre le timbre croupal, métallique ; elle est souvent provoquée par le passage des aliments ou des boissons au devant des voies respiratoires et s'accompagne alors de vomissements.

La dysphagie est le symptôme le plus grave après la dyspnée; il a généralement son siége dans le pharynx même et, comme nous l'avons dit précédemment, sa cause habituelle est la douleur qui accompagne les mouvements musculaires nécessaires à la déglutition ; l'obstacle opposé par la tumeur elle-même au passage des aliments empêche particulièrement la déglutition des corps solides ; les liquides passent encore assez aisément au commencement de la maladie, mais après trois ou quatre gorgées, la douleur s'exaspère, et le passage se trouve fermé. Chez les enfants à la mamelle, le petit malade, tourmenté par la soif, saisit avidement le sein, mais à peine a-t-il fait quelques efforts de

succion qu'il se renverse en arrière et rejette en toussant le lait par la bouche et par le nez. La dysphagie peut devenir absolue, si bien que, dans les cas à marche lente, elle amène un amaigrissement et un affaiblissement tels qu'on a proposé l'administration de lavements nutritifs pour ralentir les progrès du marasme.

L'obstacle à la déglutition peut avoir son siége dans la cavité buccale même par le fait de la contraction des masseters. Ce symptôme ne s'est montré que six fois sur nos quatre-vingt-dix-sept malades, il est donc rare dans les abcès rétro-pharyngiens, tandis qu'il se montre habituellement dans l'esquinancie ou l'abcès péri-amygdalien. Au nombre des six cas de trismus que j'ai recueillis, il en est même qui doivent être classés parmi les phlegmons latéraux plutôt que parmi les phlegmons postérieurs du pharynx. En voici un exemple qui appartient à M. Gillette.

OBSERVATION XXII

Du Dr GILLETTE

Abcès pharyngien latéral droit. Incision. Guérison.

Un homme de 39 ans, d'une bonne santé habituelle, entra, au commencement de mars 1861, dans le service de Michon.

Il souffrait de la gorge depuis quinze jours environ, quand il fut pris, il y a deux jours, d'une impossibilité presque complète d'écarter les deux mâchoires l'une de l'autre ; le petit doigt ne peut être introduit dans la bouche. Il est réveillé la nuit à chaque instant par des accès de suffocation qui se calment chaque fois qu'il s'assied sur son lit. Le malade montre le côté droit du cou comme étant le siége d'une grande souffrance. Toute la partie supérieure de son corps est raide, et quand on lui examine la région cervicale, il souffre au moindre mouve-

ment. La face est rouge, la respiration anxieuse, le malade très affaibli par l'abstinence prolongée qu'il a subie. La partie droite du cou est tuméfiée et présente un œdème bien accusé. Michon croit à un phlegmon profond; mais ne sentant de fluctuation nulle part, il ne juge pas à propos de faire l'incision.

Le lendemain même état, seulement céphalalgie plus intense, anxiété plus grande. Etant de garde, je fus appelé au milieu de la journée auprès du malade, qui avait un accès de suffocation terrible. Ce que je remarque aussitôt, c'est que la constriction de la mâchoire a en grande partie disparu. Cet homme se plaignant surtout de la gorge, je pus la lui examiner. Je constate une coloration rouge cerise de tout l'isthme du gosier, et à droite, un gonflement oblong bien prononcé, qui fait bomber en avant la partie correspondante du voile du palais. L'exploration à l'aide du doigt n'étant pas facile en avant, je fais asseoir le malade, je me place derrière lui, appuyant sa tête sur ma poitrine, et je parviens à enfoncer vivement mes deux indicateurs au fond de la gorge. Le malade suffoqué se retire aussitôt, mais j'ai eu le temps de percevoir distinctement la fluctuation sur la tumeur. L'ouverture est pratiquée à l'aide d'un bistouri; il s'échappe un demi-verre de pus mélangé d'une assez grande quantité de sang, dont l'écoulement ne s'arrête qu'au bout d'une heure.

La nuit suivante le malade est calme. Il rend, pendant quatre jours, du muco-pus mélangé à la salive, et sort guéri quelque temps après.

Chez cinq malades, loin d'observer l'occlusion de la bouche, on voit, tout au contraire, cette ouverture constamment béante; chez un enfant, la langue est projetée en avant, agitée de mouvements spasmodiques.

Dans quatre cas, la dysphagie ne s'est pas montrée, et durant tout le cours de la maladie, la déglutition a été facile; un seul de ces cas appartient à un enfant, le voici:

OBSERVATION XXIII

Du Dr ABERCROMBIE

Abcès rétro-pharyngien inférieur. Ponction. Guerison.

Une petite fille de dix-huit mois avait eu la rougeole huit ou dix jours avant que je la visse. La respiration avait commencé à être difficile pendant l'éruption, et après un soulagement partiel survenu sous l'influence du traitement ordinaire, la dyspnée avait reparu après la diminution de l'éruption. Cette gêne de la respiration s'était graduellement accrue, surtout durant les trois derniers jours, et dans la nuit qui précéda ma visite, la dyspnée avait été assez intense pour faire craindre, à maintes reprises, une suffocation immédiate.

Examinant le larynx, je trouvai une tumeur exactement pareille à celle que j'ai déjà décrite dans l'observation précédente; seulement, elle avait son siége plus bas dans le pharynx, en sorte que le doigt seul pouvait la découvrir, tandis qu'à l'œil, on ne trouvait rien d'anormal dans le gosier. La tumeur fut ponctionnée, non sans quelque difficulté, avec un petit trocart à hydrocèle. Il y eut un copieux écoulement de pus, et aussitôt après un amendement de tous les symptômes. Je prescrivis de comprimer la tumeur à plusieurs reprises, chaque jour, afin de l'empêcher de se remplir à nouveau. Grâce à cette précaution, il n'y eut pas de rechute. Une circonstance à noter, c'est que *l'enfant ne parut avoir que peu ou point de peine à avaler.*

Ce qui me paraît surtout remarquable dans ce fait, c'est que l'abcès ne produit pas ou presque pas de dysphagie quoiqu'il soit situé à la partie inférieure du pharynx, tandis que la dyspnée, chez la jeune malade, s'est montrée des plus intenses. Quelques auteurs ont cru pouvoir établir, à priori sans doute, que les abcès inférieurs produisent plus spécialement la dysphagie, tandis que les abcès de la partie

moyenne du pharynx donnent surtout lieu à la dyspnée; l'observation XXIII est en contradiction formelle avec ces idées préconçues.

La douleur peut aussi se montrer dans les mouvements du cou et de la tête; de là fréquemment une rigidité extrême du cou. Ce symptôme a été noté vingt-six fois ; il s'accompagne ordinairement de la projection de la tête directement en arrière, d'autres fois, celle-ci est inclinée à gauche ou à droite ou bien en avant et en haut ou, enfin, en avant et en bas. Chez le malade de M. Sottas (obs. XXVIII), l'attitude mérite d'être remarquée : « étendu sur son lit, il est appuyé sur le coude, la tête inclinée sur l'épaule gauche et le visage tourné du côté droit. »

Il existe souvent des altérations dans le volume et l'apparence extérieure des régions cervicale et sous-maxillaire :

Le cou peut être généralement tuméfié, sans présenter aucune saillie déterminée, de façon même à effacer les saillies et les plis naturels qu'il possède à l'état normal. On peut alors apercevoir quelquefois plus distinctement les battements des artères carotides, les veines jugulaires sont plus apparentes, ou bien enfin, le cartilage thyroïde peut être poussé en avant, douloureux à la pression et proéminant. J'ai observé moi-même ce symptôme, ainsi que MM. Forget et Petrunti, chez l'un de mes petits malades, âgé de quinze mois, le cartilage thyroïde proéminait en avant aussi fortement que cela s'observe chez l'homme adulte, il revint en arrière et reprit sa situation normale après l'incision et l'évacuation de l'abcès (obs. LII).

On rencontre fréquemment (vingt-deux fois) l'engorgement des ganglions sous-maxillaires ou cervicaux, tantôt simultanément des deux côtes, tantôt à gauche, plus rare-

ment à droite. La tuméfaction peut être indolente, sans changement de couleur à la peau, ou au contraire, douloureuse, avec rougeur, fluctuation, amincissement, décollement de la peau. Lorsqu'on presse avec le doigt sur ces points tuméfiés, on peut provoquer une aggravation de la dyspnée ou bien une altération dans le timbre de la voix qui devient nasonné.

Enfin, il peut arriver que le foyer situé primitivement dans le pharynx s'étendant peu à peu en avant et sur les côtés, des abcès viennent faire saillie sur différents points de la région antérieure du cou, et s'ouvrir au dehors spontanément ; nous verrons aussi qu'à diverses reprises, on a pu inciser ces abcès et donner ainsi une issue au pus contenu dans le foyer interne.

Les divers symptômes que je viens d'exposer offrent, surtout s'ils se présentent réunis, une importance réelle ; mais ceux qui sont produits par l'inspection directe de la cavité bucco-pharyngienne au moyen de la vue et du toucher, sont les seuls qui peuvent donner des éléments positifs et certains pour le diagnostic.

Une tumeur occupe la paroi postérieure de la cavité pharyngienne ; lorsqu'elle est de petit volume, sa forme est conique, lorsqu'elle est plus étendue, elle est sphérique ou plane, comme si toute la paroi postérieure du pharynx était portée en avant, en s'éloignant des vertèbres.

La tumeur est ordinairement centrale, une fois qu'elle est arrivée à son complet développement, mais elle débute souvent sur un des côtés de la ligne médiane ; quelquefois elle reste latérale durant tout son cours ; sur quatre-vingt-cinq cas, elle est seulement douze fois latérale, quatre fois à gauche, huit fois à droite.

Ainsi que nous l'avons vu déjà, ce n'est que dans des cas très rares (trois fois) que la collection occupe exclusivement la partie supérieure du pharynx. La tumeur alors, cachée par le voile du palais et faisant face à l'orifice postérieur des fosses nasales, ne devient visible que si l'on soulève la luette pour la découvrir. Presque toujours, c'est la portion moyenne de la paroi postérieure du pharynx qui est le siége de l'abcès, sept fois seulement, la tumeur était située plus bas, ayant sa limite supérieure au niveau de l'orifice du larynx, ou même du cartilage cricoïde, c'est ce que plusieurs auteurs ont appelé abcès rétro-œsophagien; il vaut mieux dire, avec M. Gillette, abcès *pharyngien inférieur* ou pharyngo-œsophagien.

La plupart du temps, la tumeur est circonscrite, mais il est des cas où elle envoie des prolongements en avant, le long des parois latérales de la cavité gutturale, atteignant même l'épiglotte ou la base de la langue, ou contournant et disséquant l'os hyoïde et le larynx. Dans d'autres cas, le pus se porte vers les régions cervicale et sous-maxillaire ainsi que nous l'avons déjà dit; l'une de ces tumeurs occupe toute la hauteur qui sépare l'angle gauche de la mâchoire, de la clavicule; une autre vient faire saillie derrière le sterno-mastoïdien gauche; une autre sur la ligne médiane du cou, entre les deux sterno-mastoïdiens; une autre au devant des scalènes du côté gauche; une dernière, enfin, derrière l'apophyse mastoïde.

Mais, ce qui arrive le plus souvent lorsque le pus continue à être sécrété et à décoller la paroi postérieure du pharynx, c'est de le voir fuser directement en bas tout le long de la couche celluleuse qui sépare l'œsophage des muscles prévertébraux, jusqu'à ce qu'il pénètre dans la cavité thoracique et le médiastin postérieur ; ce fait a été

observé chez sept malades ; j'en citerai quelques exemples lorsqu'il sera question des complications de la maladie.

Pour constater l'existence de cette tumeur située habituellement à la région postérieure et centrale du pharynx, il suffit le plus souvent de faire ouvrir la bouche au malade : on voit alors une saillie conique, sphérique ou plane d'un rouge vif, luisante, occupant le fond de la cavité et s'avançant dans la direction de l'épiglotte et de la base de la langue. Cette tumeur peut être accompagnée d'un état œdémateux ou inflammatoire des amygdales, de la luette et même de l'épiglotte, d'autres fois les parois latérales de l'isthme du gosier présentent leur aspect normal.

Diverses causes peuvent rendre difficile, sinon impossible, l'inspection de la tumeur par la vue : la plus fréquente consiste en une sécrétion abondante de mucus blanc, épais, s'accumulant sur toute la région bucco-pharyngienne et masquant complétement la membrane muqueuse. Cette circonstance peut être la cause de graves erreurs de diagnostic. Dans d'autres cas, ce n'est pas seulement du mucus plus ou moins dense qui recouvre le pharynx, mais bien de véritables fausses membranes diphthériques ; nous aurons à revenir sur ce fait important lorsque nous parlerons des complications de la maladie.

Outre la contracture des masseters dont nous avons déjà parlé, il faut aussi tenir compte de la difficulté d'examiner le gosier chez les petits enfants, à cause de l'indocilité des malades et de la douleur produite par l'introduction du doigt ou du manche d'une cuiller, nécessaires pour abaisser la langue. Enfin, l'abcès peut être situé trop bas dans le pharynx pour être accessible à la vue (huit fois).

Le meilleur moyen de reconnaître l'existence d'un abcès pharyngien, est l'introduction du doigt dans l'arrière bou-

che. Quelque rapide que doive être le plus souvent cette exploration à cause de la douleur, des nausées, ou de la suffocation qu'elle occasionne, on pourra toujours arriver à sentir la tumeur élastique, plus ou moins dure, très sensible, quelquefois fluctuante que nous avons décrite. La fluctuation devra être perçue au moyen de mouvements rapides dirigés tour à tour en arrière et en avant de façon à sentir l'élasticité de la paroi, et le choc en retour du liquide ; chez un adulte (obs. XXII), M. Gillette a réussi à constater ce symptôme en introduisant à la fois l'index des deux mains dans l'arrière-gorge ; ce procédé ne serait pas applicable sur un petit enfant.

Dans le cas où aucune tumeur ne sera perçue directement en arrière, il faudra chercher avec le doigt en bas vers l'œsophage, puis en haut derrière les fosses nasales. Nous ne possédons qu'un seul cas où le chirurgien ait été mis en défaut, c'est celui où la tumeur s'étant ouverte spontanément avant que le petit malade eût été examiné, l'abcès, en partie vidé, ne faisait plus de saillie qu'en sa portion la plus déclive au bas du pharynx.

OBSERVATION XXIV

Du Dr HENOCH

Abcès rétro-pharyngien. Aphonie. Ouverture spontanée à travers la paroi postérieure du pharynx. Tubercules du larynx et des poumons. Autopsie.

Un enfant, âgé d'environ 14 mois, fut apporté à la polyclinique; il était assez pâle et maigre; le symptôme le plus remarquable qu'il présentât, était une aphonie complète; l'enfant ne pouvait

absolument pas crier, lorsqu'il l'essayait, il n'était pas enroué, mais bien tout à fait aphone ; même, si l'on cherchait à provoquer les cris par diverses excitations, on ne pouvait y parvenir. Il y avait, en outre, du catarrhe.

J'examinai attentivement le thorax, et ne trouvai rien à noter à l'auscultation, ni à la percussion, sauf par-ci par-là quelques ronchus ; l'enfant avait une fièvre modérée ; la déglutition était parfaitement normale, le lait du biberon, et les autres aliments, étaient avalés sans difficulté. En somme, aucun symptôme morbide important ne pouvait être noté.

Dans ces circonstances, je diagnostiquai un léger catarrhe fébrile, ayant intéressé le larynx et les cordes vocales, exigeant par conséquent une attention spéciale. Ce qui confirma pour moi cette opinion, c'est que, pendant le sommeil, on entendait une sorte de sifflement (stridor), je ne pus tirer au clair, si ce bruit avait pour siége le nez, ou des régions plus profondes.

Je vis le malade deux jours plus tard ; l'état n'avait pas subi de changement. Au bout de deux autres jours, nous vîmes arriver la mère qui nous apprit que l'enfant, à la suite de difficultés de respirer toujours croissantes, était tombé dans le collapsus et avait expiré ; j'en conclus qu'il avait dû se développer une diphthérie ou un croup du larynx. La demeure de l'enfant étant fort éloignée, il n'avait pas été visité pendant les derniers jours.

Autopsie. Notre attention fut d'abord dirigée vers le larynx et la glotte. Lorsque nous disséquâmes l'espace compris entre l'os hyoïde et le larynx, une grande quantité de pus jaillit au dehors, de telle sorte que je pensai qu'il s'était formé un abcès dans le voisinage immédiat du larynx. Je remarquai toutefois bientôt, qu'à peu près à la hauteur de l'os hyoïde, à la paroi postérieure du pharynx, existait une perforation à bords arrondis, de la largeur d'un gros pois. Cette perforation avait tout à fait l'aspect d'un ulcère rond de l'estomac, comme si la paroi postérieure du pharynx avait été taillée en emporte-pièce, précisément au point où l'œsophage commence. J'observai que le pus qui avait été évacué, prenait sa source derrière le pharynx, et avait fait issue par cette perforation, au travers de laquelle il continuait à s'écouler.

Nous disséquâmes toutes ces parties, en dénudant la colonne épinière et nous trouvâmes là un large abcès s'élevant en haut jusqu'à la deuxième vertèbre cervicale et descendant jusqu'au niveau de la sixième. Dans toute cette région, le tissu lamineux

était détruit en grande partie; ce qu'il en restait, était fortement hypérémié et ecchymosé. Autant qu'on en put juger durant cette exploration, la colonne vertébrale parut parfaitement normale à sa surface antérieure; il n'y avait eu, du reste, pendant la vie, aucun signe d'une affection osseuse.

Le pus s'était donc dans ce cas frayé une voie à travers le pharynx. Je ne puis dire comment ce fait s'est passé; je ne sais pas non plus si l'abcès avait subsisté longtemps avant que le malade nous fût amené. En tout cas, l'évacuation du pus a été la cause pour laquelle nous n'avons pu diagnostiquer l'abcès pendant la vie de l'enfant; le liquide qui se faisait jour par l'ouverture du pharynx, était, en effet, simplement avalé par le malade, et aucune tumeur ne pouvait faire saillie au devant du cou; nous ne pouvions donc sentir de proéminence, comme on l'observe dans tous les abcès rétro-pharyngiens.

Pour ce qui regarde l'aphonie, développée au plus haut degré dans ce cas, je fus au premier abord fort étonné de ne rien trouver d'apparent dans le larynx. Cependant, en examinant avec plus de soin la glotte, nous trouvâmes dans le ventricule de Morgagni des masses blanchâtres frangées, fibrillaires, offrant au premier aspect l'apparence de pulpe diphthérique; mais le Dr Klebs, qui examina cette substance au microscope, et qui avait aussi partagé mon opinion sur sa nature diphthérique, lui a positivement assigné le caractère de dépôts tuberculeux.

Dans le lobe inférieur du poumon droit, nous trouvâmes des tubercules disséminés; vers le bord inférieur du poumon gauche existait un foyer de pneumonie tuberculeuse, déjà transformée dans son centre, en substance caséeuse. Les ganglions bronchiques étaient aussi tuberculeux.

La cause de l'erreur de diagnostic dans ce fait doit être attribuée au manque de renseignements sur l'état antérieur du sujet. Si les symptômes qui ont dû précéder l'ouverture spontanée de l'abcès eussent été connus, le chirurgien, en se livrant à un examen plus approfondi de l'arrière-gorge, eut peut-être découvert le pertuis existant sur la muqueuse et senti dans la région cervicale une tuméfaction anormale douloureuse ; la sonde œsophagienne peut aussi

rendre des services en cas pareil. Quoi qu'il en soit, la coïncidence, chez ce malade, de tubercules des poumons et des ganglions bronchiques, fait que ce cas de mort ne peut être compté au passif des abcès rétro-pharyngiens.

L'emploi du laryngoscope, bien qu'essayé une fois par le Dr Waldenburg, me paraît devoir être en général d'une application très-difficile à cause de la sensibilité morbide du pharynx et de la langue; on ne peut songer d'ailleurs à cet instrument lorsqu'il s'agit de jeunes enfants.

Voyons maintenant quelle est la nature et la quantité du liquide contenu dans la poche dont nous avons décrit l'aspect extérieur :

Vingt-huit de nos observations donnent au pus tous les caractères du pus phlegmoneux jaune ou blanchâtre, épais, bien lié. Une seule fois on trouve quelques débris de boissons ingérées, dans la cavité purulente, à côté d'un corps étranger qui a été la cause de la maladie. Dans huit autres cas, le pus est peu épais, d'un gris verdâtre, ou jaune rougeâtre, fétide ou mêlé de sang et de débris de tissu mortifié.

La quantité du liquide est on ne peut plus variable : les limites extrêmes sont, d'une part, une cuillerée, de l'autre, plus de trois chopines. Entre ces deux extrêmes, nous pouvons classer les abcès post-pharyngiens en deux catégories : la première comprend ceux qui contiennent jusqu'à trois ou quatre onces de liquide, ils sont au nombre de 17; la seconde comprend ceux qui contiennent plus de cinq à six onces de pus, il ne s'en trouve que 6. Il va sans dire que je n'ai fait entrer dans cette évaluation que les 23 observations dans lesquelles la quantité du pus était exprimée en chiffres.

La manière dont le pus s'écoule au dehors au moment

de l'incision est importante à noter, parce qu'elle rend compte de la situation de l'abcès par rapport aux plans musculaires ou aponévrotiques de la région. Au moment où le bistouri a pénétré au centre de la tumeur, le liquide sort en jaillissant au dehors par la bouche ou par le nez, et cela, rarement avec des efforts de toux, mais par la simple contraction des parois antérieures de la poche purulente. C'est que, comme nous l'avons vu, l'abcès est situé en arrière des constricteurs pharyngiens et la contraction de ces puissants muscles donne lieu à la projection du liquide.

Les symptômes généraux de la maladie nous occuperont peu de temps, parce qu'ils sont généralement décrits très brièvement dans nos observations. Nous dirons plus tard qu'il est des cas où le développement des abcès se fait d'une manière lente, et c'est ce qui les a fait diviser par Mondière en aigus et en chroniques ; on comprend que les accidents du côté de la circulation ou du système nerveux doivent varier dans ces deux formes distinctes; nous ne nous occuperons pour le moment que des abcès aigus.

L'aspect général du visage est anxieux, tantôt pâle, livide, tantôt rouge, injecté, quelquefois hagard, immobile, semblable au facies d'un tétanique; on remarque quelquefois de la bouffissure de la face ou de la cyanose, deux fois la proéminence de la mâchoire inférieure au devant de la supérieure.

La fièvre peut faire complétement défaut, mais le plus souvent le pouls est développé, fébrile, accéléré et peut devenir très rapide, comme dans la fièvre la plus intense. Lorsque la maladie a duré un certain temps, l'accélération du pouls peut s'accompagner d'un affaiblissement

général et graduel avec syncopes, pouls filiforme et tendance à un véritable marasme.

A ces symptômes viennent se joindre des accidents du côté des centres nerveux, céphalalgie, agitation continuelle, surtout chez les enfants, avec insomnie, anxiété, quelquefois délire (4 fois) et convulsions partielles ou générales. Les mouvements convulsifs partiels ont été observés à la langue, aux mâchoires, dans les membres; chez un malade, ils ont consisté en un hoquet continu.

OBSERVATION XXV

De ROUSSILLE-CHAMSERU

Abcès rétro-pharyngien. Hoquet continu. Mort. Autopsie.

Dans l'été de 1793, étant chargé du service des hôpitaux du camp sous Péronne, nous observâmes un malade âgé d'environ trente ans, d'une taille avantageuse, bien proportionné, le cou long et maigre; il joignait à la fréquence du hoquet, dont il était tourmenté depuis quatre ou cinq jours, une gêne dans la déglutition qui ne lui permettait que l'usage des boissons et des potages. Il était sans fièvre, la langue belle; il avait de l'appétit; nulle diminution de forces. Il n'éprouvait qu'un malaise local dans toute l'arrière-bouche, qui paraissait médiocrement phlogosée. Il prenait peu de sommeil à raison de l'importunité du hoquet.

Nous ne vîmes d'autres indications à remplir que celles d'assujettir le malade à un régime adoucissant, et d'administrer les antispasmodiques en potions et en gargarismes. Quatre jours de traitement se passèrent sans augmentation ni diminution d'accidents. Nous avions fait appliquer au troisième jour un vésicatoire derrière le cou, et nous espérions voir cesser le hoquet, dont nous ne pouvions présumer des suites graves.

L'événement trompa notre attente : la nuit du 4 au 5 le malade fut pris d'une vive suffocation, et rendit quelques matières écumeuses et puriformes. Il mourut en peu de minutes.

Autopsie. Nous découvrîmes au haut du pharynx une poche pleine de pus, qui se vida avec explosion au premier coup de scalpel; et ayant été dilatée par de nouvelles incisions, laissa à nu l'apophyse basilaire. Il n'y eut rien de remarquable à recueillir de l'examen, soit du contour de l'arrière-bouche, soit de l'œsophage, soit de l'estomac.

Chez trois malades les convulsions générales avec amaurose ou ambliopie, vertiges, tintements d'oreilles, ont été si intenses, qu'elles ont momentanément donné le change sur la nature de la maladie.

OBSERVATION XXVI

Du Dr RAYER

Abcès rétro-pharyngien. Ouverture au moment de l'introduction de la sonde œsophagienne. Mort. Autopsie.

Une femme âgée de 68 ans, jouissant d'une bonne constitution, sujette autrefois à des rhumatismes, est saisie tout à coup de symptômes cérébraux : vertige, ambliopie, délire intermittent surtout la nuit. Deux jours avant, elle avait éprouvé quelque gêne à la déglutition; puis ce phénomène s'est prononcé davantage, et la malade s'est fait transporter à l'hôpital. On l'avait soignée chez elle et soumise au cathétérisme œsophagien pour la nourrir.

A son entrée, elle est au dixième jour de sa maladie. Symptômes : figure injectée, yeux brillants, céphalalgie, vue trouble, tintements d'oreilles; la nuit, délire fiévreux; pouls fort et fréquent, difficulté d'avaler les liquides et les solides à la hauteur du tiers supérieur du sternum. Elle peut parler quelques instants après chaque déglutition, puis elle est saisie d'étouffements, et rejette le liquide par une véritable régurgitation. Ce liquide

est mêlé à des mucosités filantes comme du blanc d'œuf. Quelquefois une petite partie passe jusque dans l'estomac; la malade l'avertit parfaitement, le reste est rejeté.

L'examen extérieur, le palper du cou et du fond du gosier ne laissent rien voir d'anormal. Le fait le plus saillant étant la dysphagie subite coïncidant avec une congestion sanguine cérébrale, M. Rayer admet la paralysie de l'œsophage : le timbre de la voix, ni la respiration ne sont altérés ; on sonde la malade deux ou trois fois par jour par la narine. Cette sonde trouvait d'abord quelque résistance, en arc-boutant contre la paroi postérieure du pharynx, puis elle marchait librement. Lavements nourrissants.

Tel était l'état de la malade pendant la première semaine de son séjour à l'hôpital, lorsque tout à coup, à la suite d'un cathétérisme, la sonde, sans avoir rencontré de résistance, a rapporté, dans son extraction du pus sanguinolent avec sa pointe. Aussitôt la malade est prise d'une sorte d'accès de suffocation, et elle rend par la bouche une quantité considérable de pus. Ce crachement purulent s'est continué toute la nuit suivante, et le lendemain, à la visite, la malade avait rempli cinq palettes de matière purulente et de mucus. Ce liquide s'élevait à peu près à plus d'un litre; les crachements semblaient venir de l'œsophage; ils étaient précédés et accompagnés de toux; voix altérée. La déglutition continue à être difficile; le palper du cou est un peu douloureux. M. Rayer a dû reconnaître à ces phénomènes la présence d'un abcès ouvert par la sonde.

Autopsie. On trouve un abcès retro-pharyngien du volume d'un œuf de poule, tout à fait en avant du larynx ou au niveau presque des fosses nasales, au côté droit et dans les tissus postéro-pharyngiens. Le foyer de l'abcès, presque vide, contenait encore de la matière muco-purulente très-fétide. Les tissus ambiants étaient infiltrés, noirs et comme gangrenés. L'œsophage était libre partout et ne présentait aucune lésion appréciable.

Remarquons que c'est ici un cas d'abcès post-pharyngien supérieur, car le foyer se trouve situé presque au niveau des fosses nasales ; doit-on conclure de ce fait, comme le pense M. Gillette, que les symptômes cérébraux et nerveux sont plus spécialement le caractère des abcès pharyngiens supérieurs ? Je ne le pense pas, car l'observation XX du

Dr Lœwenhardt, qui appartient manifestement à cette catégorie, ne fait mention d'aucun symptôme de ce genre.

Chez un malade du professeur Nélaton, les symptômes nerveux ont consisté en une douleur intense à caractère névralgique à la superficie des régions frontale, temporale, mastoïdienne et occipitale, avec exacerbations nocturnes.

Enfin, le Dr Bokai a constaté chez deux enfants la paralysie faciale uni-latérale.

Du côté des voies digestives, les symptômes les plus fréquents sont les vomissements, mais nous avons vu déjà qu'il fallait probablement attribuer leur cause à une action reflexe. La constipation a été quelquefois notée; quant à la diarrhée, elle apparaît sous la forme colliquative chez les sujets dont la maladie se termine par le marasme et le collapsus.

INVASION. MARCHE

Nous avons vu au chapitre de l'étiologie que les abcès du pharynx peuvent survenir durant le cours ou à la suite de différentes maladies, telles que exanthèmes, catarrhes bronchiques, névralgies, angine diphthérique, etc. Lorsqu'aucun état morbide spécial n'a précédé le développement du phlegmon du pharynx, les premiers symptômes qui se montrent ne diffèrent de ceux de l'angine simple qu'en un seul point, la rigidité du cou et un léger degré de renversement de la tête en arrière. On a observé en outre la douleur pendant la déglutition, une dyspnée légère, souvent la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, enfin, et surtout la rougeur vive, souvent œdémateuse de l'isthme du gosier, des amygdales et du pharynx, et une sécrétion muqueuse, blanche, abondante, qui recouvre cette région ; ajoutez à cela de la fièvre, de l'anxiété, de l'agitation, parfois des vomissements et d'autres malaises gastriques.

Doit-on conclure de cette similitude de symptômes entre l'angine gutturale et la période initiale des phlegmons pha-

ryngiens, que ces derniers ne surviennent que comme une terminaison, une complication, ou suivant quelques-uns comme une métastase de l'angine? Je ne veux point trancher cette question d'une manière absolue, mais il me semble plus logique, plus conforme à ce que nous enseigne la physiologie pathologique, d'admettre que nous avons à faire à une forme spéciale d'angine, à laquelle on devrait donner le nom d'angine phlegmoneuse profonde, parce qu'elle siége dans les couches celluleuses de l'arrière-gorge ou dans les ganglions post-pharyngiens, et que sa terminaison constante est un abcès de cette région.

Il est une circonstance toutefois qui a pu contribuer à faire envisager les abcès pharyngiens comme une suite plus ou moins éloignée de l'angine simple : on observe assez souvent, entre l'apparition des premiers symptômes de l'affection et le moment où la tumeur phlegmoneuse commence à faire saillie dans la cavité de l'arrière-gorge, un temps d'arrêt d'un ou de plusieurs jours, durant lequel les malades paraissent marcher vers la guérison. Nous avons déjà abordé cette question, citons maintenant deux observations présentant toutes deux cette période d'amélioration dans le cours de la maladie :

OBSERVATION XXVII

Du Dr VALIN, MÉDECIN AIDE-MAJOR

Abcès rétro-pharyngien. Incision. Guérison.

D., fusilier, âgé de 23 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, entre, le 22 juin 1859, au Val de Grâce.

La veille, à la suite d'un refroidissement, il avait senti une

douleur assez vive à la gorge, qui augmenta pendant la nuit. A son entrée : fièvre intense, courbature, gêne de la déglutition, rougeur générale de l'arrière-gorge, œdème inflammatoire des piliers et du voile du palais, gonflement des amygdales.

La diète, des pédiluves sinapisés, des gargarismes aluminés, amenèrent rapidement une amélioration très-sensible : la fièvre disparut, la déglutition devint facile, et le 26, le malade put manger la demi-ration d'aliments.

Le gonflement et la douleur persistant à un certain degré, on continua des gargarismes astringents, et le malade passa à la salle des convalescents, d'où il sortit le 6 juillet dans un état satisfaisant en apparence.

Deux ou trois jours après, son service l'appela au poste du Val de Grâce, où, après sa faction de nuit, il fut pris d'un accès de suffocation qui nécessita son entrée immédiate à l'hôpital; il fut placé dans le service de M. Trudeau.

A son entrée, le malade est dans un véritable état de suffocation ; la respiration est anxieuse, bruyante, la face est injectée, le cou est considérablement augmenté de volume, de sorte que les saillies et les plis naturels en sont effacés. Lorsqu'il approche le menton du sternum, ou qu'on presse le larynx, la dyspnée devient excessive ; la suffocation est continue et permanente ; la déglutition impossible et les liquides sont rejetés par les fosses nasales. La bouche, ouverte avec beaucoup de difficulté, permet de constater une saillie considérable formée par la paroi postérieure du pharynx; la tumeur s'avance sensiblement entre les piliers et le voile du palais et efface en grande partie la cavité du pharynx. Le doigt porté au fond de la bouche rencontre une tumeur molle, rénitente, fluctuante, dont la paroi est éloignée de la colonne vertébrale.

Une incision faite avec le bistouri donne issue à une quantité considérable de pus phlegmoneux, louable. Cette évacuation amène un soulagement immédiat et la disparition de la dyspnée.

Le lendemain, le gonflement des parties a beaucoup diminué, les piliers, le voile du palais, la paroi postérieure du pharynx sont violacés, tuméfiés, mais le doigt sent cette dernière appliquée contre les vertèbres ; la déglutition est douloureuse, mais possible, les liquides ne sont plus rejetés par le nez, la voix est encore aphone et gutturale ; les contractions du pharynx vident facilement la cavité de l'abcès, dont le cul-de-sac descend à très-peu de distance de l'extrémité inférieure de l'incision ; les liquides

semblent n'avoir aucune tendance à pénétrer par cette ouverture ; ce qui s'explique par le rapprochement des parties latérales du pharynx pendant chaque effort de déglutition.

Le 12 juillet, la voix a repris son timbre normal, le gonflement a presque complétement disparu ; le malade qui, les jours précédents, ne prenait que des potages féculents, peut manger des aliments solides. Un gargarisme astringent est employé sans aucune difficulté. Il y a chaque jour une excrétion assez abondante d'une matière puriforme qu'on voit suinter par l'orifice fistuleux de l'arrière-gorge. Peu à peu cette sécrétion devient moins abondante et, le 30 juillet, elle a complétement disparu ; le malade quitte l'hôpital.

La maladie n'a pas été de longue durée chez le sujet de l'observation de M. Valin, puisque, à partir du jour du début jusqu'au moment de l'incision d'une vaste collection purulente, il ne s'est écoulé que 17 à 18 jours. Mais la marche du mal a présenté d'une manière fort tranchée la division en deux périodes : période angineuse avec rougeur diffuse, œdème et douleur de toute la région de l'isthme et du pharynx, puis intervalle de mieux-être, permettant à ce soldat de reprendre son service. Au bout de 5 à 6 jours seulement, l'abcès se manifeste d'une façon assez brusque par des symptômes intenses de dyspnée. Dès ce moment il est assez volumineux pour remplir l'intervalle qui sépare les piliers du voile du palais. Il a donc fallu que l'abcès demeurât *latent* durant plusieurs jours.

OBSERVATION XXVIII

Du Dr SOTTAS

Abcès rétro-pharyngien. Incision. Guérison.

Le nommé Tissier, âgé de 57 ans, journalier, est admis à la Pitié, service de M. Matice, le 20 juin 1864.

Il avait alors une angine tonsillaire double, érythémateuse, aiguë, de la fièvre et des symptômes très accusés d'embarras gastrique. Un vomitif lui fut administré le lendemain, et amena un notable soulagement. Un gargarisme boraté lui fut prescrit contre la phlegmasie persistante de l'isthme du gosier.

Le 29 juin, le malade, se sentant mieux, voulut absolument quitter l'hôpital. Il restait encore une rougeur assez vive des piliers et des amygdales, avec gonflement très-marqué de ces glandes, et dysphagie en proportion. Rien au fond du pharynx. En outre, au cou et sur les parties latérales du larynx, il y avait un peu de tuméfaction mollasse, sans induration, ni rougeur. Les mouvements imprimés au larynx, soit artificiellement, soit par des efforts de déglutition, faisaient éprouver à cet homme une légère douleur.

Quelques jours après, le 4 juillet, un peu avant la visite du matin, on amena à la Pitié un homme en proie à une dyspnée violente. C'était Tissier.

Nous le trouvons étendu sur son lit, appuyé sur le coude, la tête inclinée sur l'épaule gauche, le visage tourné du côté droit.

En examinant la gorge, nous voyons que le fond du pharynx est rejeté en avant, surtout du côté gauche, et vient toucher la face supérieure du voile du palais. Au toucher, on sent manifestement une résistance en rapport avec la présence d'un liquide situé derrière. Cette exploration est douloureuse. Au cou, sur le trajet des vaisseaux, douleur, empâtement. Tout à fait en bas, au-dessus de la fourchette sternale, en dedans du sterno-mastoïdien, tuméfaction douloureuse, rouge, fluctuante, irréductible.

On appelle à la hâte M. Gosselin : un bistouri porté sur la paroi du pharynx donne issue à une quantité de pus horriblement fé-

tide, gris noirâtre, expulsé par un effort de vomissement. Cette évacuation a amené dans l'état du malade un soulagement immédiat.

Dans les deux jours qui suivent, le malade continue à cracher du pus en assez grande abondance, et refuse de manger bien plus par une répugnance instinctive que par une impossibilité matérielle de la déglutition. On lui fait, en effet, prendre des aliments de plus en plus consistants, et il les avale parfaitement. Il sort le 15 juillet complétement guéri.

Cette inflammation gutturale a débuté le 20 juin, et après un intervalle de trois ou quatre jours d'amélioration apparente, elle aboutit le 4 juillet, c'est-à-dire quinze jours après le début, à un abcès volumineux contenant une abondante quantité de pus. Et l'on veut que ce soit là un phlegmon pharyngien consécutif à une angine. C'est exactement comme si l'on disait qu'un abcès du sein est consécutif à une inflammation de la peau de la région mammaire, parce que quinze jours avant son ouverture, les téguments de cette région étaient rouges, œdématiés et douloureux au toucher.

Dans la plupart des cas toutefois, la maladie marche d'une manière régulièrement progressive, montrant par là qu'elle est bien durant tout son cours une affection *sui generis*.

Les symptômes d'invasion, tels que je les ai sommairement décrits, passent aisément inaperçus chez les petits enfants, c'est alors la dysphagie qui apparaît en premier lieu; plusieurs fois, en effet, nous voyons indiqué comme premier symptôme l'expulsion du lait par la bouche et par les narines, dès les premiers efforts de succion, ou le renversement de la tête en arrière pour refuser le sein.

A partir du jour de l'invasion, les symptômes prennent peu à peu une intensité plus grande; le plus grave de tous, la dyspnée, se montre habituellement sous forme de pa-

roxysmes, dans l'intervalle desquels la gêne de la respiration persiste, mais à un moindre degré; on voit alors le malade se lever sur son séant, la tête inclinée en arrière, le cou rigide, la face violacée, les yeux saillants et brillants, exprimant une vive anxiété, faire les efforts les plus pénibles pour inspirer. Le timbre de l'inspiration devient sifflant, ronflant, ou produit une sorte de clapotement dont le siége est au niveau du larynx. En même temps, la voix est enrouée, altérée dans son timbre, ou complétement éteinte. Une toux rauque, étouffée ou croupale se joint fréquemment aux accès de suffocation.

Le malade accuse la sensation d'un corps étranger immobile dans l'arrière-gorge; l'ingestion des aliments solides ou des boissons accroît la dyspnée; ces substances ne peuvent arriver dans l'œsophage qu'en fort petite quantité, malgré la soif qui tourmente le malade; souvent même aucune goutte de liquide ne peut être ingérée, et tout est expulsé immédiatement par la bouche et par le nez.

La tumeur phlegmoneuse de l'arrière-gorge, sauf dans les cas que nous avons spécifiés, est alors visible : on aperçoit une saillie rouge, lisse, tendue, élastique, conique ou sphérique proéminant au fond du pharynx, et venant atteindre en avant les piliers du voile du palais, près de la base de la langue. L'exploration digitale, indispensable dans tous les cas, rend compte de la consistance, du volume et de la situation exacte de cette tumeur.

Le court tableau que je viens de tracer se rapporte aux cas, de beaucoup les plus nombreux, où la maladie suit une marche aiguë. Chez quelques sujets, le phlegmon pharyngien se développe avec lenteur, la tumeur met plusieurs semaines, plusieurs mois même à s'accroître; il en résulte

que les symptômes qu'elle détermine sont moins accusés, moins intenses, et qu'ils peuvent mettre longtemps en défaut le diagnostic du médecin.

Mondière cite trois observations rentrant dans cette catégorie à laquelle il donne le nom d'abcès *rétro-pharyngiens chroniques*. Nous avons prouvé déjà que l'une de ces observations est un cas de kyste thyroïdien ayant subi la fonte purulente, et nous l'avons classée parmi les abcès pharyngiens secondaires. Aux deux autres observations de Mondière, nous en ajoutons neuf, en faisant remarquer toutefois que la qualification de chronique employée par cet auteur et par beaucoup de chirurgiens qui l'ont imité, ne doit pas être prise dans son sens le plus étendu, puisqu'en aucun cas la durée de la maladie n'a dépassé six mois.

On ne peut pas toujours se rendre compte de la cause qui occasionne la lenteur du processus inflammatoire dans certains phlegmons post-pharyngiens ; il me semble probable toutefois qu'il faut l'attribuer le plus souvent à ce que le travail phlegmasique envahit alors spécialement les ganglions lymphatiques du pharynx. Deux de nos observations d'abcès à marche chronique appartiennent en effet aux abcès ganglionnaires secondaires ou consécutifs à des adénites de la région sushyoïdienne (XIII, XIV). L'observation qu'on va lire présente l'exemple unique de deux abcès à marche subaiguë, sinon chronique, s'étant développés successivement de chaque côté de la ligne médiane du pharynx.

OBSERVATION XXIX

Du Dr LEDENTU

Abcès rétro-pharyngien double à marche lente, observé chez un phthisique. Guérison.

Le nommé Adrillon, âgé de 18 ans, garçon de magasin, entre le 5 avril 1862 à l'Hôtel-Dieu service de M. Grisolle.

Le début de la maladie remonte, d'après les renseignements que fournit le malade, environ à six semaines. Le sujet s'en est aperçu à la gêne de la déglutition et au nasonnement de la voix, sans qu'il ait éprouvé aucune douleur, soit dans le point où s'est formé l'abcès, soit plus haut dans la colonne cervicale. Quinze jours avant le commencement de cette affection, il avait eu deux hémoptysies dans lesquelles il avait perdu un bon verre de sang, à ce qu'il prétend.

État actuel. — Tumeur du volume d'une grosse noix, allongée verticalement, placée sur le côté droit et supérieur de la paroi postérieure du pharynx, remontant un peu vers l'orifice postérieur des fosses nasales, mais ne descendant pas plus bas que la base de la langue sur laquelle elle appuie, de façon à reporter en avant l'amygdale droite et le pilier correspondant, et à boucher presque en totalité la moitié droite de l'isthme du gosier. La luette est rejetée du côté opposé. Le doigt porté sur la tumeur perçoit très-manifestement la fluctuation. La déglutition est très-gênée, la voix nasonnée.

L'auscultation revèle du souffle et des craquements au sommet droit; on y constate en même temps de la matité et une résonnance exagérée de la voix.

Le 6 avril, lendemain de son arrivée, on ponctionne la tumeur. Il en sort du pus phlegmoneux bien lié ; aussitôt le son de la voix change, sans toutefois revenir complétement à son timbre normal.

28 avril. L'ouverture qu'on a pratiquée n'est pas encore fermée; une fente d'où sort encore du pus indique la place de l'incision. Le fond de la gorge est rouge et légèrement tuméfié. L'état général s'aggrave et le malade s'affaiblit.

Les jours suivants, la voix redevient beaucoup plus nasonnée, et le 6 mai on constate la formation d'un second abcès situé du côté gauche, mais beaucoup moins considérable que le premier. Le doigt appliqué sur la nouvelle tumeur y sent parfaitement la fluctuation; on fait la ponction qui donne issue à une certaine quantité de pus bien lié, mais fétide. Les deux ouvertures mettent environ cinq semaines à s'oblitérer, et le malade sort le 20 juin dans un état d'amélioration assez notable du côté de la poitrine et avec guérison complète *de ses deux abcès.*

On voit que chez cet homme la durée entière de la maladie du pharynx est d'environ quatre mois, les symptômes sont moins aigus, moins graves que nous ne les avons vus jusqu'à présent, mais la maladie n'en marche pas moins vers une terminaison funeste avec les caractères généraux de l'affaiblissement et du marasme, tant que le traitement chirurgical n'est pas intervenu. La place occupée par les deux tumeurs successives est bien exactement celle que nous avons assignée aux ganglions post-pharyngiens.

Voici encore (obs. XXX) un cas d'abcès primitif à marche subaiguë et dont le siége paraît être le ganglion post-pharyngien gauche, bien que la tumeur, au moment de son complet développement, occupât entièrement l'espace compris entre les piliers du voile du palais.

OBSERVATION XXX

Du Dr WEST

Abcès rétro-pharyngien. Ponction. Guérison.

Un petit garçon de huit mois devint souffrant, abattu et paraissait éprouver dans les narines un obstacle qui rendait la respiration difficile. Ces symptômes vagues ayant duré l'espace

d'un mois, l'enfant parut avaler avec difficulté, la déglutition était même quelquefois tout à fait impossible; en même temps la respiration habituellement pénible, le devenait encore plus durant le sommeil.

Pendant cinq semaines, le médecin, attribuant ces symptômes à quelque affection cérébrale, le malade fut traité au moyen d'apéritifs, de lotions froides sur la tête, etc., et pendant la semaine suivante, les symptômes s'étant aggravés, un autre médecin considéra le mal comme une bronchite.

Six semaines après le premier malaise, l'enfant fut confié à mes soins. Il était endormi dans les bras de sa mère, la tête un peu renversée en arrière, la face très pâle, un peu bouffie, la bouche largement ouverte, la langue rapprochée du palais. La respiration était laborieuse et accompagnée d'un gloussement (cluck) continuel, extrêmement sonore, ne ressemblant en rien au *stridor* du croup. Ce bruit était plus prononcé et la dyspnée plus grande pendant le sommeil que pendant la veille sans que pour cela ces symptômes fussent encore très marqués; l'entrée de l'air dans les poumons était très imparfaite, surtout du côté gauche.

L'enfant tetait modérément bien, quittant très fréquemment le sein, mais réussissant à avaler, et ne rejetant le lait, ni par la bouche, ni par le nez.

En introduisant le doigt dans l'arrière-bouche, je sentis derrière la base de la langue un corps dur paraissant occuper complétement le pharynx; en déprimant la langue, je vis la luette et le voile du palais repoussés en avant par une tumeur qui remplissait entièrement l'isthme du gosier. La surface de cette tumeur était généralement rouge, mais une ou deux taches jaunes s'y montraient, paraissant dues à la présence de pus contenu dans une mince enveloppe. Ayant plongé dans cette tumeur un bistouri dont la lame avait été entourée de sparadrap, une once environ de pus jaune s'écoula et la tumeur revint immédiatement sur elle-même.

L'air pénètra dès lors librement dans la poitrine; l'enfant teta facilement et s'endormit bientôt en respirant paisiblement.

Le même soir, la respiration étant devenue moins facile, la mère, suivant l'instruction qu'elle avait reçue, introduisit le doigt dans le pharynx et pressa de façon à faire sortir une petite quantité de pus, l'enfant fut immédiatement soulagé.

Le lendemain, la tumeur avait le volume d'une noisette, et

était située presque entièrement à gauche de la ligne médiane; elle était dure au toucher, mais on en faisait sortir un peu de pus en la comprimant; il en fut ainsi durant encore trois jours; la tumeur elle-même ne disparut complétement qu'au bout de trois semaines, mais sans occasionner aucun symptôme morbide. Depuis lors, l'enfant s'est parfaitement bien porté.

Dans cette observation, la maladie dure environ neuf semaines, elle offre à un degré moins intense la même symptomatologie que le phlegmon pharyngien aigu; la gravité du pronostic n'est pas moindre; la convalescence, après que l'ouverture artificielle a été pratiquée, suit également une marche lente, puisqu'on perçoit encore durant trois semaines un noyau d'induration correspondant à l'emplacement du ganglion pharyngien gauche.

A côté des formes aiguës et chroniques des phlegmons du pharynx, nous devons mentionner encore une troisième forme d'abcès dont les exemples sont plus rares; elle se distingue de celles que nous avons décrites par le caractère gangréneux de l'inflammation, par une marche plus rapide et par une gravité plus grande du pronostic. Les cas que nous pouvons rattacher à cette espèce de phlegmon sont pour la plupart compliqués de la présence de corps étrangers dans le foyer purulent; j'en ai dit quelques mots déjà en décrivant l'anatomie pathologique de ces abcès; ce sont entre autres les observations du Dr Crequy (XII, L), dans lesquelles on voit le travail inflammatoire produire de vastes décollements et des destructions étendues du tissu connectif périœsophagien; l'observation de M. Cricton Brown (V) rentre aussi dans cette catégorie ainsi que celle de M. Cruveilhier (VI), mais les faits de Lœwenhardt et de Rayer déjà cités sont également des cas de phlegmons

diffus, bien qu'il n'y soit pas question de lésion traumatique ; on y retrouve en effet : la fétidité du pus, l'infiltration noirâtre, gangréneuse, des tissus environnant l'abcès, la destruction des muscles et de leurs aponévroses (XX, XXVI).

La symptomatologie des phlegmons post-pharyngiens gangréneux est la même que celle du phlegmon circonscrit ; elle ne s'en distingue que par une intensité plus grande des symptômes généraux, une marche plus rapide, quelquefois une extension énorme de la suppuration.

Je ne puis mieux faire connaître cette forme des phlegmons rétro-pharyngiens qu'en renvoyant aux observations V, VI, XII, XX, XXVI, déjà citées.

DURÉE. TERMINAISONS

La durée de la maladie varie entre quatre jours et six mois ; il sera donc utile d'établir à ce point de vue deux catégories principales, ainsi que nous l'avons déjà indiqué d'après Mondière.

Si de nos 94 observations[1], nous en retranchons 10 dans lesquelles il est impossible de rien savoir relativement à la durée de l'affection, il nous reste 84 cas qui se divisent en 66 à marche aiguë, et 18 à marche lente ou chronique.

Parmi les cas aigus, un seul offre une durée de quatre jours, mais l'observation est trop écourtée, pour qu'on puisse considérer ce chiffre comme certain. Les autres cas aigus peuvent se subdiviser en deux classes : dans la première, nous rangerons ceux dont la durée ne dépasse pas deux semaines ; leur nombre est 38, plus 5 cas où la durée est indiquée comme rapide, sans chiffre précis ; cela fait en tout 43 cas.

[1] Je n'ai pas compris dans ce chiffre les trois observations d'abcès secondaires provenant de l'inflammation d'un kyste thyroïdien.

Dans la deuxième subdivision, je fais entrer les cas dont la durée est de 20 à 30 jours; ils atteignent le chiffre de 23.

Les cas à marche lente se divisent ainsi :

De 40 à 75 jours.	11 cas.
3 mois	2 »
4 »	1 »
5 »	2 »
6 »	2 »
Total. . .	18 cas.

Les cas à marche lente sont plus fréquents chez les adultes que chez les enfants; voici en effet comment ils se répartissent, en ne comptant au nombre des chroniques que ceux dont la durée dépasse deux mois :

Adultes : marche aiguë	27
marche lente	11
Enfants au-dessous de quatorze ans : marche aiguë.	42
marche lente.	7

Il s'agirait maintenant de connaître la durée relative des deux périodes principales de la maladie à l'état aigu, savoir : combien de temps, à partir des premiers symptômes d'angine, la collection purulente met à se former de manière à constituer une tumeur. Un très petit nombre de nos observations peut nous renseigner sur cette question. Dans les sept à huit cas où le pharynx a été examiné et la maladie reconnue dès le début, nous voyons que l'état angineux peut durer de six à quinze jours avant que la tumeur soit perceptible à la vue et au toucher.

La durée moyenne de la maladie calculée sur 37 observations à marche aiguë est :

Pour 15 cas terminés par la mort . . . . . 15 jours.
Pour 22 cas terminés par la guérison . . . 19 »

Les abcès consécutifs à des lésions traumatiques ont une durée plus courte que les abcès spontanés : Sur huit cas d'abcès produits par l'introduction d'un corps étranger dans l'arrière-gorge, quatre ont une durée ne dépassant pas un septénaire ; deux autres durent 13 jours. Le huitième, enfin, offre une durée exceptionnellement longue (Obs. XI) ; mais cela tient probablement à ce que le corps étranger est resté implanté dans le pharynx durant six mois et demi environ avant de donner naissance à un abcès.

Voici le tableau de nos observations, eu égard à la terminaison de la maladie :

Terminaison inconnue 2
» par la guérison 54
» par la mort 41

Dans aucun cas, la terminaison par résolution ou par absorption du pus n'a été observée. Toutes les fois que la guérison a lieu, c'est par l'ouverture de l'abcès à travers la paroi du pharynx ; cette ouverture peut être spontanée ou artificielle :

Guérisons par ouverture spontanée. 4
Guérisons par ouverture artificielle. 50

On voit que l'ouverture spontanée est bien rarement suivie de guérison; observons de plus que, sur les 4 cas énumérés, trois fois on constata la présence d'un corps étranger dans le foyer, et par ce fait une sorte d'ouverture artificielle à travers la paroi du pharynx. Cela réduit donc à un seul les exemples de perforation spontanée suivie de guérison. Il vaut la peine d'insérer ce cas unique.

OBSERVATION XXXI

Du Dr DUPARCQUE

Abcès rétro-pharyngien inférieur. Perforation spontanée. Guérison.

Un enfant, âgé de 4 $^{1}/_{2}$ ans, fut pris, le 19 octobre 1842, de fièvre et de vomissements, de délire et d'assoupissement interrompu par de l'agitation. Pouls à 150, battements forts des carotides et des temporales; peau sèche et brûlante, pieds froids, sensibilité vive des conjonctives; râle bronchique muqueux. Dix sangsues aux malléoles, oxycrat sur la tête.

Le lendemain, plus de symptômes cérébraux.

Le 23, l'enfant refuse de boire, bien que son état continue à s'améliorer de plus en plus.

Le 24, il porte la main vers le larynx; la déglutition est douloureuse. Gonflement sur les parties latérales et supérieures du cou, plus marqué à gauche; il existe surtout au-dessous de l'apophyse mastoïde, plus en arrière de l'extrémité correspondante du sterno-mastoïdien que du côté de l'angle de la mâchoire. La pression sur ces parties ne paraît pas douloureuse; le doigt porté profondément sous l'isthme du gosier, ne constate aucun changement notable.

Le 25, tuméfaction plus considérable du cou, toux douloureuse; pendant le sommeil, l'inspiration est un peu soufflante; le timbre de la voix est devenu plus fort; déglutition de plus en plus difficile; on remarque que les boissons arrivées dans le pharynx y

séjournent quelques secondes, la bouche reste béante, puis elles sont en partie rejetées, en partie avalées par un effort de déglutition pénible pendant lequel il arrive que du liquide s'introduit dans les voies aériennes, et détermine un accès de toux suffocante. Pouls petit, vif, fréquent; quelques cuillerées d'œuf cuit mollet, passent plus facilement. L'inspection de la gorge ne fit rien découvrir. Pendant l'exploration, des efforts de vomissement firent rejeter un paquet de mucosités épaisses qui emplissait le pharynx. Calomel à l'intérieur, sinapismes aux pieds.

Le 26, les accidents indiqués devenant plus intenses, la nuit ayant été agitée, délirante, le médecin, en portant son doigt derrière le larynx, sentit la paroi postérieure de l'œsophage saillante, arrondie, dure, et comme refoulée par le gonflement du corps d'une vertèbre tuméfiée. Six sangsues sous les clavicules.

Le 27 et le 28, augmentation des symptômes, abattement, coucher sur le côté gauche, tête renversée en arrière. La pression du cou est surtout douloureuse profondément à la partie moyenne du côté gauche sous le sterno-mastoïdien. La même chose a lieu par la compression du larynx et de la trachée-artère. Friction mercurielle sur le cou.

Le 29, l'enfant refuse obstinément de rien prendre; voix sonore, saccadée et assez semblable pour le timbre à celle du canard; respiration sifflante dans l'état de veille, bruyante durant le sommeil. Pendant celui-ci, elle s'embarrasse, et alors le petit malade s'éveille en sursaut en s'agitant et en ouvrant une large bouche.

Le cou est roide et immobile, de manière que, quand on asseoit l'enfant, il se laisse lever et coucher tout d'une pièce. L'inspection de la tumeur par le pharynx se montre plus saillante et paraissant obstruer complétement l'oesophage; elle est moins rénitente, mucosités pharyngiennes abondantes. Large vésicatoire à la partie supérieure de la poitrine.

Le 30 et le 31, menaces de suffocation plus forte, plus fréquente; refoulement du pharynx en avant; il suffit de le presser légèrement pour déterminer la suffocation. Voix sifflante, presque éteinte, comme dans la dernière période du croup. Gonflement du cou plus considérable, toujours à gauche. Un bouchon engagé entre les dents du malade allait permettre à M. Duparcque d'examiner la tumeur, quand par un mouvement violent, l'enfant le déplaça et me mordit le doigt. Cependant, je crus que l'abcès avait gagné en hauteur, sans toutefois dépasser de beaucoup le niveau de la glotte.

Le 31, ayant requis l'assistance de M. Thierry, M. Duparcque se mettait en mesure d'ouvrir l'abcès, lorsque le malade, qui refusait obstinément d'ouvrir les dents, ouvrit tout à coup la bouche largement par un effort de vomissement, et il s'en échappa une masse de sang et de pus, mêlée de mucosités, qui sortait du pharynx. Il s'opéra aussitôt un changement favorable ; la physionomie reprit de la vie, les yeux leur éclat et leur vivacité ; le malade avala presque d'un trait une demi-timbale de tisane, et s'endormit d'un sommeil calme et paisible qui dura deux heures.

Le 1er novembre, la tuméfaction extérieure du cou était complétement disparue. L'enfant demandait à manger, seulement il éprouvait encore un peu de douleur pendant la déglutition.

Ainsi que le fait remarquer M. Gillette, il s'agit bien ici d'un abcès rétro-pharyngien, et non d'un abcès rétro-œsophagien, comme l'intitule M. Duparcque. Le petit malade, abandonné à lui-même, ou du moins privé de traitement chirurgical, était évidemment dans un état excessivement grave lorsque son abcès s'est ouvert. Il faudrait donc bien se garder de s'appuyer sur cette observation pour recommander la temporisation dans une semblable occasion; nous pouvons au contraire affirmer, sans être contredit par les faits, que la terminaison naturelle et à peu près inévitable des abcès rétro-pharyngiens est la mort, car dans les 50 exemples de guérison qui nous restent à consigner, l'issue heureuse n'a été obtenue que par l'incision ou la ponction de la tumeur.

J'aurai plus tard à revenir sur les divers procédés employés pour ouvrir au pus de l'abcès une voie artificielle; nous allons étudier maintenant ce qui se passe après que l'incision de la paroi postérieure du pharynx a été pratiquée.

Dès que le liquide s'est écoulé en jaillissant sur la langue ou hors de la bouche et des narines, le malade éprouve un

profond soulagement; il respire avec facilité, avale le plus souvent une portion du pus, et peut déglutir presque immédiatement les boissons qu'on lui présente. Nous verrons à l'occasion du traitement, que l'ouverture est parfois insuffisante, qu'il faut l'agrandir ou en pratiquer une ou plusieurs nouvelles; ce qu'il importe de connaître maintenant, c'est comment cette ouverture se cicatrise, comment l'oedème de la muqueuse et la tumeur elle-même disparaissent.

Nous avons vu déjà que, soit par l'examen anatomo-pathologique, soit par l'apparition du timbre sifflant de l'inspiration, on avait pu constater dans certains cas la présence de l'oedème laryngé; nous avons établi que cet oedème était une des conditions de la dyspnée; l'observation attentive des deux petits malades que j'ai eus sous les yeux, m'a montré que cette infiltration de la glotte ne disparaît pas immédiatement après la perforation de l'abcès, mais qu'elle persiste encore de trois à cinq jours; j'ai constaté, en effet, chez ces deux sujets le timbre sifflant puis ronflant de l'inspiration durant les quelques jours qui ont suivi l'opération, et cependant l'amendement de tous les symptômes et la marche rapide de la convalescence démontraient que la tumeur ne s'était pas reproduite. M. Ledentu a fait la même remarque chez son malade, qui était un adulte (Obs. XXIX).

OBSERVATION XXXII

Abcès rétro-pharyngien. Incision. Guérison.

Chevalier, né le 30 juillet 1860, enfant du sexe masculin, a les cheveux châtains, les yeux bruns, un teint coloré, un embon-

point ordinaire, les chairs fermes et les muscles normalement développés.

Le père est un ouvrier graveur, d'une bonne santé habituelle.

La mère, de petite taille et de chétive apparence, n'a jamais présenté les signes de la scrofule ni d'une autre diathèse. Elle a eu trois enfants, tous vivants, celui qui fait l'objet de cette observation est le dernier.

Cet enfant a d'abord été nourri au biberon durant six semaines, au bout desquelles, vu le peu d'accroissement qu'il avait subi, on l'envoya en nourrice pendant cinq mois; il fut ensuite ramené chez ses parents et allaité encore quelque temps au biberon. Rien d'anormal ne survint dans la santé de cet enfant, ni maladie cutanée, ni gonflement glandulaire ou articulaire.

L'apparition des dents eut lieu entre le septième et le neuvième mois; elles sont maintenant au nombre de six: deux incisives médianes en bas et les quatre incisives d'en haut.

Le 17 décembre 1861, je fus appelé auprès du petit Chevalier, et je constatai un état fébrile intense avec dyspnée légère et la présence de râles sous-crépitants dans toute l'étendue des poumons, surtout en arrière à la base. Je prescrivis une potion d'oxyde blanc d'antimoine et de teinture d'aconit.

Deux jours après, la fièvre et la dyspnée avaient à peu près cessé et il ne restait que de la toux. Néanmoins l'enfant ne reprit jamais son appétit ordinaire et déjà dans la dernière semaine de décembre la mère s'aperçut d'un bruit sifflant et ronflant que l'enfant faisait en inspirant et qui s'accompagnait d'un peu de dyspnée.

L'enfant fut amené à ma consultation le 5 janvier 1862, et je remarquai également le bruit de sifflement de l'inspiration, bruit qui se reproduisait plus faiblement et irrégulièrement dans l'expiration et s'accompagnait par moments d'un clapotement dans la trachée (bruit de drapeau).

J'examinai avec attention l'arrière-gorge et ne constatai qu'une légère rougeur des piliers du voile du palais et des amygdales, sans tuméfaction, sans aucune apparence diphthérique; les fosses nasales étaient libres et il n'y avait pas d'écoulement par le nez. Le petit malade faisait d'assez violents efforts pendant l'examen de l'arrière-bouche, les piliers du voile du palais se rapprochaient en sorte qu'il ne fut pas possible de voir la paroi postérieure du pharynx couverte d'ailleurs de mucus blanc, spumeux.

L'auscultation de la poitrine me fit constater une respiration

vésiculaire, pure, égale des deux côtés dans toute la hauteur du thorax. La peau était fraîche, le facies naturel, le pouls à 110 pulsations.

Mon diagnostic fut un rétrécissement de l'orifice du larynx produit par l'oedème de la glotte ou un spasme des parois de cette ouverture; je prescrivis de nouveau des antimoniaux joints au sirop d'ipéca et à quelques gouttes de teinture de belladone.

Le 7 janvier, même état, sauf que le facies de l'enfant exprime de l'anxiété, la dyspnée est plus continue, le petit malade a dû rester assis presque toute la nuit, et chaque fois qu'il se laissait tomber accablé de sommeil sur son oreiller, il se relevait avec une grande difficulté de respirer et quelques efforts de toux; cette toux est rauque, mais n'offre cependant pas le timbre métallique du croup ou de la laryngite striduleuse.

Il y a en outre de la dysphagie; lorsqu'on présente un verre à l'enfant pour le faire boire, il avale deux ou trois gorgées, mais bientôt refuse la boisson, fait de violents efforts de toux, et le liquide est rejeté par la bouche et par le nez.

Depuis ce jour, les parents remarquèrent, et je constatai également un engorgement des ganglions sous-maxillaires; surtout du côté gauche; ces ganglions étaient saillants, douloureux, et la peau qui les recouvre était légèrement teinte en rose.

Le pouls est à 120, régulier, la peau est naturelle, l'auscultation de la poitrine donne le même résultat que l'avant-veille.

Frictions d'onguent mercuriel belladoné sur le cou et les ganglions sous-maxillaires; révulsifs aux jambes. Chlorate de potasse et sirop d'ipéca à l'intérieur.

Le lendemain, mêmes symptômes.

Le 9, dyspnée continuelle et toujours plus intense, sans cependant qu'il y ait aucune cyanose; le visage n'est pas altéré, les yeux ne sont pas brillants comme chez les enfants arrivés à la période ultime du croup. L'orthopnée a duré toute la nuit; mêmes symptômes pendant la déglutition.

L'examen du pharynx donne le même résultat, sauf qu'un mucus filant blanc jaunâtre est accumulé entre les piliers du voile. Mais toujours aucune trace de pseudo-membrane.

Je fis alors pour la première fois l'exploration du pharynx avec le doigt. Je sentis à la paroi postérieure du pharynx, occupant la ligne médiane et faisant une saillie que j'estimai être de la grosseur d'une noix, une tumeur arrondie, très-douloureuse à la pression qui s'avançait au-dessus de l'ouverture du larynx, sans ce-

pendant toucher les replis aryténo-épiglottiques. J'essayai de gratter avec l'ongle le point saillant de cette tumeur, mais n'amenai qu'un peu de sang au bout de mon doigt.

Le doute n'était guère permis au sujet de la nature de cette affection; l'élasticité, la forme arrondie de la tumeur, la douleur vive à la pression, la situation au milieu de la paroi postérieure du parynx, la marche progressive du mal et les symptômes généraux qui l'accompagnaient, tous ces signes se rapportaient à un abcès rétro-pharyngien.

Cet abcès recouvert encore par une membrane épaisse produisait déjà des symptômes graves de suffocation.

Je me décidai à inciser immédiatement la tumeur, mais il était impossible de recourir à la vue pour me guider dans cette opération. Après avoir enveloppé une lancette (je n'avais pas sur moi d'autre instrument piquant) de rubans de fil, de manière à ne laisser libre que l'extrême pointe de l'instrument, j'introduisis l'index de la main gauche jusqu'au point le plus saillant de la tumeur; et avec ce doigt pour guide, je glissai la lancette jusqu'au fond du pharynx; j'enfonçai alors brusquement l'instrument dans la tumeur, et immédiatement un flot de pus homogène, épais, jaune recouvrit mon doigt et vint s'écouler en bavant sur la lèvre inférieure. L'enfant fit en même temps quelques mouvements de déglutition, provenant probablement de ce qu'une grande partie du pus descendait dans l'œsophage.

Bien que je sois resté encore environ vingt minutes auprès de mon petit patient, je n'observai aucun changement dans le timbre de la respiration; il fut cependant très évident que l'enfant respirait avec plus de facilité. Après avoir avalé facilement quelques cuillerées de lait et d'eau rougie, il fut mis au lit et dormit d'un sommeil paisible toute la nuit.

Le 10 janvier. Facies coloré, expression du visage naturelle, pouls entre 110 et 130. La respiration est toujours bruyante, surtout dans l'inspiration, mais le timbre de celle-ci est moins aigu, plutôt ronflant que sifflant. Le malade est resté étendu pendant tout le temps qu'il a dormi, il n'a point rendu de pus par la bouche. La déglutition est facile, mais provoque toujours un peu de toux, les liquides ne sont plus sortis par le nez. La toux n'a pas le timbre rauque.

La nuit du 10 au 11 janvier a été moins tranquille que la précédente, bien que la respiration n'ait pas été difficile.

La nuit du 11 au 12 a été fort bonne; le 12 le pouls est à 112. Je vis

l'enfant pendant son sommeil; il est couché sur le côté gauche, respire très bien, mais en faisant toujours entendre un ronflement, plus fort pendant l'inspiration que pendant l'expiration, ce ronflement a son siége dans le larynx. Les ganglions sous-maxillaires n'offrent plus de tuméfaction.

Le 15 et le 16, l'état est le même. L'enfant avale bien.

Depuis lors, le petit Chevalier a repris peu à peu son embonpoint et ses forces; il n'a jamais expectoré de matières purulentes, et le timbre de la respiration est devenu entièrement normal.

J'ai revu l'enfant le 3 mars, il était atteint d'un catarrhe pulmonaire fébrile, mais sa voix, non plus que sa respiration n'étaient point altérées.

Je dois faire remarquer que, s'il s'est écoulé un intervalle de treize à quinze jours entre ma première visite au petit malade et la seconde que je lui fis, c'est que les premiers symptômes fébriles qui m'avaient paru symptomatiques d'une bronchite avaient subi un amendement notable durant cet espace de temps, et que l'on pouvait croire l'enfant en convalescence, bien que la respiration ne fût pas redevenue normale. C'est un nouveau cas de rémission temporaire, semblable à ceux que j'ai déjà cités.

A partir du 5 janvier, la dyspnée devient le symptôme prédominant et l'inspiration s'accompagne du sifflement caractéristique de tous les rétrécissements de l'orifice supérieur du larynx; elle fait jusqu'au 9 janvier au soir, de tels progrès que pendant les trois nuits qui ont précédé ce jour, le petit malade ne peut reposer la tête sur l'oreiller. La maladie a duré au moins vingt-deux jours jusqu'au dénoûment heureux procuré par l'incision de la tumeur.

Lorsque j'ai pratiqué le toucher de l'arrière-gorge chez cet enfant, une seule chose me préoccupait: les symptômes évidents de l'oedème de la glotte, que j'avais reconnus; c'est en voulant chercher avec le doigt le gonflement des replis aryténo-épiglottiques, que je suis arrivé à découvrir la tumeur à laquelle j'étais loin de songer; sans cette heureuse inspiration, mon malade succombait inévitablement.

Le timbre sifflant puis ronflant de l'inspiration a persisté chez ce malade trois jours au moins après l'ouverture de la tumeur.

La petite plaie produite par l'incision ou la ponction de l'abcès, est ordinairement médiane ou verticale; on peut être à peu près certain qu'elle n'atteint jamais en bas la limite inférieure du foyer, et qu'ainsi il doit toujours rester vers cette limite un cul-de-sac pouvant contenir du pus. Cette circonstance préoccupe un grand nombre de chirurgiens. Ils redoutent encore un autre écueil : c'est que l'ouverture restant béante pendant la déglutition, les boissons ingérées ou des parcelles d'aliments solides ne se présentent au devant du pertuis, ne soient entraînées dans la cavité purulente par une sorte d'aspiration (Gillette) et ne deviennent ainsi une cause d'irritation, de décollement des parois et un obstacle permanent à l'occlusion de l'abcès. De là la prescription de chercher à tout prix à étendre l'incision le plus bas possible, et le conseil donné par quelques médecins (Cruveilhier, Jarjavay) de proscrire tout aliment solide et d'éviter même les boissons pendant quelques jours.

Je crois ces craintes fort exagérées et ces prescriptions irrationnelles.

Nous avons déjà remarqué dans le chapitre de l'anatomie pathologique que, chez les sujets morts après l'ouverture spontanée ou artificielle d'un abcès rétro-pharyngien, jamais aucune parcelle d'aliment, ni de liquide autre que du pus ou du sang n'ont été trouvées dans la cavité. La seule exception à cette règle se rapporte à un malade chez lequel un corps étranger avait pénétré jusque dans la cavité pleurale (obs. XII), après avoir décollé entièrement l'œsophage; ce conduit, percé de plusieurs trous,

baignait pour ainsi dire dans le pus. Il est évident qu'au milieu de désordres pareils, les parois du canal alimentaire avaient dû perdre leur élasticité et leur contractilité musculaires, mais c'est là un fait tout à fait exceptionnel ; dans l'immense majorité des cas, la pénétration, même des liquides, est impossible.

Pendant l'acte de la déglutition, les parois du pharynx exécutent un mouvement énergique de contraction, qui porte ce canal de bas en haut et d'arrière en avant, en le resserrant autour du bol alimentaire. Il résulte de là que chaque mouvement de déglutition doit avoir pour effet, non d'élargir l'ouverture anormale de la muqueuse pharyngienne, mais au contraire d'en rapprocher intimement les bords, non d'écarter les parois de la cavité purulente, mais de les comprimer et de les resserrer les unes contre les autres. De la Motte a déjà constaté ce fait physiologique ; voici comment il s'exprime [1] :

« En faisant avaler fréquemment, par gorgées, au malade, des liquides détersifs, on empêche que la matière n'y séjourne, parce que dans la déglutition il se fait un mouvement de compression qui fait couler la liqueur sur l'ouverture, et exprime en même temps le pus qui est contenu dedans. »

On voit par cette citation que, suivant de la Motte, non-seulement l'ingestion des boissons n'est pas une chose à redouter, mais qu'elle favorise au contraire l'évacuation complète du foyer. Nous retrouvons le même fait constaté au lit du malade par M. Valin (obs. XXVII) et le Dr Bordères [2] :

[1] Guill. Mauquest, S. de la Motte, Traité complet de chirurgie, Paris, 1722, t. I, p. 185.

[2] Thèse citée, p. 24.

« Voici ce qui se passe pendant l'acte de la déglutition, et ce que nous avons observé d'une manière très nette chez notre premier malade : pendant qu'il se gargarisait, les parois latérales du pharynx se rapprochaient; la base de la langue, le larynx se dirigeaient de bas en haut, en venant comprimer le fond de la cavité purulente, et pendant l'effort naturel d'excréation qui suivait, une petite quantité de pus était ramenée sur la base de la langue. »

Une seule chose doit donc préoccuper le chirurgien après qu'il a ouvert une issue artificielle au pus : c'est que l'ouverture ne puisse pas se refermer trop promptement, et qu'elle soit assez large pour donner issue à tout le contenu de l'abcès. Il sera averti de l'insuffisance du pertuis par la réapparition de la tumeur pharyngienne et des accidents dont il a déjà été témoin. Une nouvelle incision est alors nécessaire, et ce cas s'est fréquemment présenté; on comprend, en effet, que la plaie doive avoir une grande tendance à se refermer, puisque à chaque mouvement de déglutition, ses bords sont intimement rapprochés l'un de l'autre par l'action des muscles constricteurs. Il faut ajouter aussi que le plus souvent l'incision est fort peu étendue, surtout chez les petits enfants, à cause de la difficulté de mouvoir l'instrument tranchant au fond de la cavité buccale.

Chez dix de nos malades il a été fait une double opération; chez quatre autres il a fallu un plus grand nombre encore d'incisions ou de ponctions successives.

Cette occlusion prématurée de l'ouverture artificielle de l'abcès arrive seulement durant les quatre ou cinq jours qui suivent immédiatement la première incision. Une fois l'abcès suffisamment vidé, la guérison ne se fait pas attendre, et ne présente aucune circonstance remarquable.

Dans les cas à marche chronique, on observe plus de lenteur dans la cicatrisation du foyer ; le malade du Dr West (obs. XXX), qui ne fut ponctionné que six semaines après le début de la maladie, présenta encore trois semaines après l'opération, une induration légèrement saillante sur le côté de la ligne médiane.

La terminaison par la mort a eu lieu pour 41 malades ; pour 9 d'entre eux il n'est fait aucune mention des symptômes ultimes, ni de la cause immédiate de la mort. En étudiant les 32 autres cas, nous allons voir que ces symptômes sont assez variables.

Bien que la cause habituelle de la mort soit évidemment l'obstacle apporté à la libre entrée de l'air dans le larynx, on n'observe point dans tous les cas, l'ensemble effrayant des signes d'une suffocation rapidement mortelle : anxiété, cyanose, orthopnée, etc. Chez cinq malades seulement, ces symptômes se sont montrés avec toute leur gravité. L'un de ces sujets présente l'unique exemple d'une asphyxie subite occasionnée par l'arrêt d'un fragment de pain entre l'abcès pharyngien et le larynx.

OBSERVATION XXXIII

Du Dr ALLÉ

Abcès rétro-pharyngien. Mort subite occasionnée par l'introduction d'un aliment solide. Autopsie.

Un enfant de six ans souffrait déjà depuis quelques semaines de dyspnée, de toux aboyante et de raucité de la voix. Tout à coup survinrent des paroxysmes de suffocation, mais ils cessèrent bientôt.

La maladie était considérée comme une laryngite chronique, et le traitement fut institué en raison de ce diagnostic.

Peu de semaines après, l'enfant mourut suffoqué en mangeant du pain.

Autopsie. On trouva :

1. Inflammation légère de la membrane muqueuse de la trachée et du larynx, qui était recouverte d'une mince couche de mucus.
2. Une petite croûte de pain arrêtée en arrière du cartilage cricoïde.
3. Un abcès du volume d'un œuf adhérent à la face antérieure des vertèbres cervicales, comprimant l'œsophage et empêchant tout aliment solide de descendre.

Ce fait est instructif en ce qu'il montre le danger de faire prendre de la nourriture solide, avant l'ouverture du foyer, aux malades atteints d'abcès rétro-pharyngiens.

Chez quinze autres malades, c'est bien aussi la dyspnée toujours croissante qui a été le symptôme prédominant, mais elle s'accompagnait d'affaiblissement général, et l'asphyxie n'a pas été subite. En voici un exemple :

OBSERVATION XXXIV

Du Dr WEST

Abcès rétro-pharyngien et œsophagien. Pas de traitement chirurgical. Mort. Autopsie.

Le malade était une petite fille idiote, âgée de cinq ans et demi qui fut prise de scarlatine le 24 janvier. Durant le cours de la fièvre, aucun symptôme remarquable ne se présenta, mais vers son déclin l'enfant se plaignit vivement de la bouche, y porta fréquemment la main et refusa tout aliment qui n'était pas liquide à cause de la sensation de douleur qu'il éprouvait ; en examinant le gosier, ni rougeur, ni gonflement ne s'y faisaient voir.

Vers le 7 février apparut de l'œdème vers les deux angles de la mâchoire inférieure, au-dessous de la place où est située la glande parotide.

Le gonflement du côté gauche disparut à la suite de l'application de quelques sangsues, mais le gonflement du côté droit s'accrut, et en même temps la difficulté de la déglutition devint plus grande. Vers le 13 février, la dysphagie était fort augmentée; l'enfant ne pouvait avaler que par gorgées et à chaque effort il manifestait une grande gêne pour respirer; dans les autres moments, il restait dans un état de demi-connaissance avec une respiration laborieuse et une légère écume à la bouche.

Le 16 février, l'enfant était encore plus mal, la respiration était très difficile, toutefois, elle ne s'accompagnait pas de ces violents efforts qui s'observent si souvent dans le croup. Un liquide spumeux, d'un jaune sale puriforme, s'amassait comme de la mousse sur les lèvres, et toute tentative de déglutition amenait presque la suffocation; il n'y avait toujours pas d'hypertrophie des amygdales, et le gonflement latéral du cou était si dur que je ne pouvais croire que le pus fût accumulé en aucun point rapproché de la peau.

Le jour suivant la mort survint, probablement aussi bien des suites de l'épuisement que de l'asphyxie; car depuis plusieurs jours la malade n'avait pu avaler qu'une très faible quantité de nourriture.

Autopsie. Immédiatement après qu'on eut fendu l'aponévrose cervicale du côté droit, une masse de pus de bonne nature, jaune, épais, fut projetée au dehors. Cette matière s'était accumulée autour de l'œsophage jusqu'à un peu plus d'un pouce au-dessus de la clavicule, elle s'étendait obliquement en arrière de l'œsophage de droite à gauche, séparant ce conduit de toutes ses attaches du côté droit, mais non pas du côté gauche; elle remontait derrière l'œsophage et le pharynx de manière à atteindre la base du crâne; un petit nombre de lambeaux de tissu connectif, baignant dans le pus étaient tout ce qui restait des attaches postérieures du pharynx et de l'œsophage.

Les amygdales n'étaient pas hypertrophiées, la glotte n'était ni rouge, ni tuméfiée, mais parfaitement normale.

Cette maladie a duré environ 21 jours; les causes de la mort, ainsi que le remarque l'auteur, sont à la fois la dysp-

née, et l'inanition par privation presque absolue de nourriture.

A ces 20 cas de mort par asphyxie il faut en ajouter un dernier, dans lequel l'arrêt de la respiration a été subit, par le fait du dérangement de la canule sur un homme qui avait subi la laryngotomie (observ. II).

La mort soudaine a été observée chez deux autres malades, mais sans qu'on puisse l'attribuer à l'asphyxie par obstacle à la respiration ; en effet, quelques moments avant la mort, la dyspnée n'était point assez intense pour faire craindre une fin subite.

OBSERVATION XXXV

Du Dr LANGE de Koenigsberg

Abcès pharyngien. Mort subite. Autopsie.

Mme Caroline B..., 32 ans, régulièrement menstruée, a eu ses dernières époques le 8 février.

Entrée à l'hôpital de la ville le 9 février 1855, elle est malade, dit-elle, depuis quinze jours, et ne sait à quoi attribuer sa maladie.

Mme B... se plaignait d'une grande difficulté à respirer, cette dyspnée était intense (Lufthunger) et occasionnait de l'anxiété. Pas de douleur au cou, mais un malaise profond. Pouls accéléré, respiration fréquente et incomplète.

Rien d'anormal ne fut trouvé dans le thorax malgré l'auscultation attentive de la poitrine, du cœur et des gros vaisseaux. On trouva seulement dans les poumons un peu de râle muqueux, qui parut être plutôt la conséquence que la cause de la maladie. La pression sur le larynx ne produisait aucune douleur, non plus que les mouvements de déglutition.

L'examen minutieux de la cavité buccale et du pharynx ne fit

voir autre chose qu'un léger boursouflement et un peu d'irritation de la membrane muqueuse.

Nous ne pouvions considérer cet état comme un mal spasmodique, une névrose; tout au plus pouvait-on admettre la possibilité de l'existence d'un état inflammatoire chronique du larynx.

Pour faire quelque chose, on cautérisa légèrement le pharynx avec la pierre infernale et on appliqua un vésicatoire sur le cou.

Au matin suivant, il n'y avait pas de changement chez la malade, elle avait peu dormi, la dyspnée était forte. Vomitif, puis bromure de potassium à l'intérieur, morphine le soir.

L'état s'améliora, la malade respirait mieux, il n'y avait plus d'orthopnée.

Le 13 au soir, l'état de la malade était passable. Il n'y avait point eu de fièvre jusqu'à ce moment.

Le 14, à une heure du matin, Mme B... se réveilla subitement, se plaignit de vive angoisse, se renversa en arrière et expira. Appelé immédiatement, je ne pus réussir à la rappeler à la vie.

Autopsie. Tous les organes sont parfaitement sains: les poumons contiennent peu de sang; un peu de mucus dans les grosses bronches; le larynx n'étant point enflammé, sa membrane muqueuse n'était pas gonflée; mais cet organe était comprimé d'arrière en avant; toutefois cette compression était trop faible, l'introduction de l'air dans la trachée n'était pas assez gênée pour qu'on pût expliquer par là une mort subite par suffocation. La cause de cette compression était une tumeur de la largeur d'une noisette, d'environ deux pouces de long, située entre le larynx et le pharynx; en l'ouvrant, on vit qu'elle consistait en un simple abcès.

Il est difficile d'expliquer la cause de la mort subite de cette femme, mais il est probable qu'on doit la trouver dans une altération des nerfs qui n'a malheureusement pas été recherchée à l'autopsie.

Cinq malades sont morts d'affaiblissement lent et progressif, soit qu'ils fussent atteints de maladies concomitantes graves dont l'abcès n'était qu'un épiphénomène (observ. XXIV, XLI), soit que l'abcès lui-même ait suivi une marche chronique, lentement progressive, produisant

par la dysphagie une véritable inanition (observ. III et VII), soit enfin que la présence d'un vaste foyer de suppuration dans le pharynx ait eu assez d'influence sur l'état général de jeunes enfants, pour amener la mort sans symptômes graves du côté de la respiration, ni de la déglutition ; nous en avons déjà cité un exemple (observ. XX). Voici le second, qui est du même auteur :

OBSERVATION XXXVI

Du Dr LOEWENHARDT

Abcès rétro-pharyngien. Ouverture spontanée. Mort.

Carl S..., âgé de dix mois, frêle, déjà vacciné, bien portant quoique sujet à des catarrhes, tomba malade le 8 mars 1821 sans cause particulière. Les symptômes, d'après le récit des parents, furent assez analogues à ceux du cas précédent (observ. XX) et leur aggravation fut si lente que les parents, pensant que le mal provenait de la dentition, s'abstinrent de faire appeler le médecin.

L'enfant ayant été agité, gémissant sans cesse depuis plusieurs jours, la mère fut fort effrayée dans la nuit du 25 au 26 mars par un fort bruit de râle qui accompagnait la toux. On maintint le malade sur son séant, penché en avant ; la toux continuant toujours, l'enfant rendit par la bouche plusieurs cuillerées de pus jaune.

Je fus appelé en toute hâte, et regardant au premier moment la quantité de pus indiquée, comme exagérée, je crus à un abcès crevé des amygdales, mais lorsque j'examinai le larynx avec plus de soin, je découvris derrière le voile du palais une ouverture par laquelle le pus s'écoulait.

L'enfant était fort affaibli, et ne manifestait que trop clairement les symptômes de la fièvre hectique. Pour soutenir les forces, je prescrivis une infusion de quinquina, du lait et des injections de quinquina et d'eau de chaux.

L'enfant vécut encore jusqu'au 15 avril.

Mes efforts pour déterminer les parents à consentir à l'autopsie furent inutiles. Tout ce que je pus discerner en enfonçant le doigt dans la bouche, fut que la tumeur de l'arrière-bouche se dirigeait en bas, derrière les muscles du pharynx. Je ne pus découvrir aucun signe de carie dans les vertèbres.

La mort dans ce cas est causée par la fièvre de suppuration, peut-être aussi par la circonstance que le pus accumulé dans le foyer ne trouvait pas une issue suffisante par l'ouverture qui s'était faite. Je crois que l'enfant se fût trouvé dans de meilleures conditions si cette ouverture eût été agrandie par le bistouri, de façon à évacuer complétement le liquide contenu dans l'abcès.

Un seul malade est mort d'hémorrhagie, et cela pour avoir voulu ouvrir lui-même son abcès avec un couteau.

OBSERVATION XXXVII

Du Dr RENDU

Abcès rétro-pharyngien. Hémorrhagie traumatique. Mort. Autopsie.

Un homme ne pouvait depuis quelque temps ouvrir la bouche, il éprouvait une douleur à la partie droite de l'arrière-gorge, mais on ne voyait rien à l'extérieur. Enfin il rendit des crachats mêlés de pus et de sang.

Un jour, pour se débarrasser de la gêne qu'il éprouvait au fond de la bouche, il y introduisit la lame d'un couteau et la porta en divers sens. Soudain le sang jaillit par la bouche en assez grande quantité pour remplir un bassin, et la mort arriva instantanément.

Autopsie. Sur la paroi postérieure et un peu à droite du pharynx existaient deux ou trois ouvertures qui paraissaient le résultat d'une ulcération et aboutissaient à un abcès. On ne put

trouver le vaisseau qui avait fourni le sang. La carotide interne qui se trouvait environnée de tissus épaissis était intacte. Le pharynx contenait du mucus mêlé de sang. Les bronches étaient également remplies de liquide spumeux jusque dans leurs radicules. Les poumons ne crépitaient pas.

L'observation XXXVI est un exemple de perforation spontanée d'abcès rétro-pharyngien, suivie de mort; nous possédons six autres cas analogues, ce qui porte à sept les exemples de terminaison fatale, malgré l'ouverture spontanée de l'abcès. Les uns appartiennent aux phlegmons gangréneux (III, XII, XLV), que nous avons déjà décrits ; les autres sont des cas d'abcès pharyngiens affectant des sujets cachectiques, affaiblis par une suppuration étendue et de longue durée (XXXVI) ou par une maladie chronique telle que la tuberculose des poumons ou des ganglions bronchiques (obs. XXIV).

On voit donc que l'ouverture spontanée des abcès rétro-pharyngiens, loin de constituer un signe favorable pour le pronostic, est au contraire un indice de mauvais augure, puisqu'il coïncide habituellement avec un phlegmon diffus ou une cachexie.

On peut aussi conclure de ce qui précède, que puisque la perforation spontanée ne s'observe presque jamais dans le phlegmon pharyngien simple, c'est que cette maladie est assez grave en elle-même pour occasionner la mort avant le moment où l'abcès arrivé à maturité s'ouvre spontanément dans l'arrière-bouche.

De là le précepte rigoureux et invariable de frayer artificiellement une issue au pus, en incisant l'abcès.

RECHUTES. COMPLICATIONS

Voici le seul cas de rechute d'un abcès rétro-pharyngien que j'aie pu recueillir :

OBSERVATION XXXVIII

Du Dr GUÉNIOT

Abcès pharyngien récidivé. Ponctions multiples. Guérison.

B... H..., 35 ans, serrurier à Paris, marié, entre à l'hôpital St-Antoine le 15 octobre 1859, atteint d'un abcès rétro-pharyngien, siégeant au niveau de l'amygdale gauche, et repoussant en avant la muqueuse. Le début du mal paraît remonter à cinq semaines et ne s'accompagne d'aucun phénomène réactionnel ; il a succédé, paraît-il, à un refroidissement. Le doigt porté au fond de la gorge, très peu susceptible du malade, y perçoit nettement la fluctuation. C'est pour la seconde fois que cet homme entre dans le service pour une pareille affection.

En effet, l'année dernière, il paraît qu'après six mois de douleur ou de gêne, c'est-à-dire après la formation complète d'un abcès rétro-pharyngien assez volumineux, il vint se faire ponctionner par l'interne Fournier. Le séjour à l'hôpital fut long, la ponction

ayant dû être répétée un nombre de fois assez considérable; aujourd'hui je pratique une ponction qui provoque la sortie d'environ soixante grammes de pus séro-rougeâtre un peu fétide. A la suite, la paroi pharyngienne revenant sur elle-même cesse de bomber en avant.

Quelle est la cause de cet abcès? Incertaine. Le malade paraît être un robuste et consciencieux travailleur, ayant bon appétit et ne présentant nulle part ailleurs de douleur.

On est obligé de faire, le 17 octobre, une nouvelle ponction qui donne issue à environ vingt grammes de pus plus séreux que la première fois; le malade demande à sortir pour reprendre son travail.

Cette observation, donnée sous forme de note, ne renferme pas les détails nécessaires pour faire connaître le siége précis de l'abcès. S'agit-il là d'une véritable récidive après guérison complète du premier abcès, d'une simple rechute, ou bien la maladie a-t-elle suivi une marche chronique? La dernière hypothèse me paraît être la plus probable.

Les abcès rétro-pharyngiens peuvent assez souvent être compliqués d'une autre maladie aiguë intercurrente, principalement de maladies des organes thoraciques : trois fois une pneumonie lobaire ou lobulaire survient pendant leur cours; les catarrhes bronchiques, se révélant par des râles muqueux ou sous-crépitants, se montrent fréquemment; d'autres fois, c'est la pleurésie : cette dernière maladie peut survenir accidentellement et sans cause appréciable (obs. XIV), ou bien elle est causée par la descente du pus dans le médiastin postérieur, tout le long de la face antérieure des vertèbres dorsales, la perforation de la plèvre et la formation dans la cavité pleurale d'un épanchement purulent; c'est là plutôt une extension naturelle de la ma-

ladie, lorsqu'elle n'a pu être arrêtée par un traitement convenable, qu'une complication proprement dite.

OBSERVATION XXXIX

Du Dr FALKENHEIM

Abcès rétro-pharyngien pénétrant jusque dans le thorax. Pneumonie. Mort. Autopsie.

Maria Sinhuber, decem menses nata, infans bene nutrita et hucusque optima valetudine gavisa, ante tres dies morbo affecta est. Quamquam semper mammis alebatur, tamen ultimo tempore alios quoque cibos sumserat. Mater nunc infantem ex tribus diebus modo paululum dormire querebat, inquietam esse, calore vexari, tussi laborare, et mammas recusare.

Die VI mens. jan. 1850, policlinico nostro ad curandum tradita est. Status præsens hic erat. Infans est bene nutrita et prorsus respondendi ætati modo figurata. Cutis tenera et alba, tela cellulosa subcutanea pinguedine non carens.

Capitis temperies non aucta est, media lingua rubra, ejusdem margines albo integumento obtecti apparent. Dentium in utraque maxilla bini incisivi se præstant. Deglutitionem esse impeditam mater enuntiat. Si laryngem digito comprimis, vultus infantis dolorem non ostendit. Quamquam autem respiratio non difficilis videtur, tamen in continuo clamore infantis certum judicium de hac re non potest prodi. Thorax ubique in respirando normaliter se movet. Percussionis sonus clarus plenusque in normali ambitu auditur; auscultatione respiratio rhonchis multis ac variis intermixta sed omnino vesicularis redditur. Pulsus normalis, nonaginta ictus. Abdomen planum atque molle, nec tactu dolores excitantur. Vomitus non aderat. Alvi excretiones sunt normales.

His ex symptomatis nihil aliud elucebat, nisi ægrotam catarrho bronchorum et faucium esse correptam.

Ord.: Ammon. hydrochl.

Die VII jan. Quamquam ægrotam febrim habuisse mater refert, tamen quum ipsi adfuimus febris nulla aderat, quum tem-

peries non aucta, nec pulsus esset acceleratus. Exploratio pectoris eadem quam die præterito ostendit.

Die VIII jan. Somnus per totam noctem deerat. Calorem per magnum adfuisse et lac in sugendo per os et nares esse rejectum a matre accepimus. Deglutitio lactis, cochleare in os injecti, difficilis videtur. Tunica mucosa oris et pharyngis magna copia pituitæ est obtecta et utraque tonsilla præcipue sinistra intumuit. In pharynge autem, digiti exploratione nil abnorme invenitur. Respiratio impedita et rhonchorum crepitum late diffundens. Arteriarum pulsus centeni deni in minutæ tempore, pleni atque subduri.

Quamquam illa a matre nobis tradita, et deglutitio difficilis, a nobis ipsis observata, suspicionem abscessus retro pharyngealis movebantur, tamen quum fieri posset, ut hæc symptomata tonsillis tumefactis essent effecta, diagnosis anceps videbatur et maximo dubio. Propter magnam pituitæ copiam in bronchis accumulatam.

Ord.: Pulv. rad. Ipec. gr. VIII.

Vomitus non secutus est; ordinantur igitur rad. ipec. gr. XV, nec quod id eventum exoptatum dederat, cupr. sulph. gr. IV sol in aq. dest. unc. II scopo vomendi adhibitum est.

Die IX jan. Vomitu magna pituitæ copia ejecta; respiratio liberior videbatur; calor cesserat et ægrota per horas nonullas noctis quiete dormierat.

Die X jan. Respiratio iterum impedita, expiratio suspirans. Rhonchi late diffusi audiuntur. Venæ jugulares externæ utriusque colli lateris sanguine turgent atque varicoses similes videntur. Sub musculum sternocleid. lateris sinistri glandulæ lymphaticæ tumuerunt, quod in latus caput etiam distortum est. Quodcumque nutrimentum assumtum per os et nares rejicitur. Cavum oris et pharyngis multa pituita impletum, nec hodie digiti exploratione quidquam abnorme poterat inveniri.

Sub hac rerum conditione non dubitamus, quin tumor inter pharyngem et vertebras colli provocatus esset intumescentia glandul. lymph. quum etiam glandulas lymph. colli tangendo tumentes reperiremus.

Ord.: Hirud. VI, cataplasmata in collum, sulph. aurat antimon. gr. II.

Die XI jan. Status idem. Percussio supra sternum facta in latitudine unius plessimetri sonum edit obtusum.

Die XII jan. Febris modica. Respiratio valde impedita. Rhon-

chi catarrhales longe lateque audiuntur. Per noctem impetus vehemens dyspnoeæ inciderat.

Cupr. sulph. gr. IV ad vomit.

Die XIII jan. Quamquam multo pituitæ ejecto respiratio liberior facta est, tamen per noctem paroxysmus asthmaticus iteratus erat. Inter somnum pus ex ore effluxerat. Febris gravissima calor permagnus, pulsus parvus atque valde acceleratus.

Die XIV jan. Inter duo capita musculi sternomast. fluctuationem tangendo animadvertimus. Febris fortius excanduerat quam heri.

Instituimus igitur tempore pomeridiano abscessum aperire. Quum vero tum temporis prostratio virium quam maxime esset aucta, pulsus volantis ictus non possent enumerari, fieri non potuit ut operatio susciperetur.

Ord.: Moschi gr. IV.

Die XV jan. Status fere idem. Thoracis in parte inferiore lateris dextri percussio sonum edit obtusum; auscultatio ibidem respirationis strepitum bronchialem præbet cum rhonchis consonantibus.

Ord. eadem.

Die XVI jan. Respiratio laboriosa, crepitus stertorosus in trachea, pulsus ita exilis ut tangendo non possit sentiri.

Insequentis diei tempore matutino mors per suffocationem insecuta est.

Necroscopia. Quadraginta octo hor. post mortem.

Incisione inter duo capita musculi sternomast. in cute, in platysmamyoide atque in fascia superficiali facta, abscessus aperiebatur, qui in aversum sub musculos in latere colli jacentes, usque ad pharyngem poterat persequi, in adversum autem atque in inferiorem partem in fossa supraclaviculari sine apertura finivit. Inde caput pharyngis, fascia colli profunda perforata, usque ad basin ossis occipitis de columna vertebrali erat delatum, a sinistro latere prorsus, a dextro tantum in summa parte. Ante primam atque secundam colli vertebram etiam digito ad dextrum latus vertebrarum pervenire poteramus. Abscessus in inferiorem partem post pharyngem et ante vertebras in cavum thoracis intravit. Sub ipsa pulmonis radice dextri lateris mediastinum posterius sicuti pulmonis pleura erant transfossa ibique abscessus in pulmonis substantia sese finivit. Circum vero perfossam partem cujus magnitudo Borussicum thalerum fere æquat, pulmonis pleura cum mediastino cohærebat. In dextro medio atque infe-

riore pulmonis lobo circum abscessus cavum cana hepatisatio apparebat. Glandulæ bronchiales normales. In sinistro pulmone, qui omnino aëri erat permeabilis in marginibus loborum parva loca circumscripta alia emphysematica alia atelectatica se ostenderunt. Ille vero locus, quo abscessus vel pharyngem vel œsophagum perfoderat, quæque communicatis præsumenda erat, quum pus ex ore effluxisset, reperi non poterat.

C'est le plus vaste abcès qui ait été observé chez l'enfant ; c'est aussi le seul exemple que nous possédions d'un phlegmon rétro-pharyngien envoyant un prolongement en arrière et sur les côtés du muscle sterno-mastoïdien, et s'étendant à la fois dans le médiastin. Il est permis de croire, en lisant cette observation, qu'une incision faite à temps au fond du pharynx eût prévenu cette grave complication.

L'abcès du pharynx peut à son tour apparaître lui-même comme complication dans une maladie ; nous avons énuméré dans notre chapitre de l'étiologie plusieurs cas de ce genre ; je me contenterai ici d'insérer deux observations qui méritent une attention particulière ; il s'agit, dans le premier cas d'un érysipèle de la face, dans le second d'une angine diphthérique.

OBSERVATION XL

Du Dr PRIOU

Erysipèle de la face. Abcès rétro-pharyngien. Guérison.

Le 30 avril 1829, Debais, employé de la raffinerie de M. Say, âgé de 36 ans, tempérament bilioso-sanguin, stature ordinaire, est atteint d'un érysipèle de la face. Il n'en va pas moins à son travail, constamment plongé dans une atmosphère chaude. Le

2 mai, au soir, il éprouve un refroidissement subit en se rendant par un temps froid et humide à son domicile qui est situé sur les bords de la Loire.

L'érysipèle disparaît aussitôt. Alors, agitation très grande pendant la nuit, douleur vive à l'épaule gauche, au cou et au fond de la gorge. Il en est ainsi pendant deux jours que le malade garde la chambre, fait usage d'infusion de tilleul et mange peu.

Le 4 mai, je vois Debais pour la première fois. Apyrexie, gêne dans la respiration, inappétence, constipation, signes de gastricité très prononcés; le nez est violacé, et tout le côté gauche de la face est couvert d'une desquammation furfuracée.

Le fond de la gorge inspecté laisse voir les tonsilles gonflées, blafardes et le pharynx plus injecté, plus rougi que dans l'état naturel. (Gargarisme de miel, bouillon de veau ; tisane d'orge et chiendent ; pédiluve sinapisé, lavement d'eau salée.) Selles copieuses.

Le 5, le cou paraît gonflé ; mais le malade n'y ressent aucune douleur. Deux grains d'émétique dans deux verres d'eau tiède qui sont pris en six fois ; vomissements copieux de matières muqueuses et bilieuses. Le soir, Debais se trouve mieux. On n'aperçoit rien de particulier au fond de la gorge.

Le 6, même état. Cataplasme sinapisé sur le cou, gargarisme souvent répété. Je recommande que l'on donne de temps en temps du bouillon au malade dont le pouls est faible, et qui ne peut trouver un moment de sommeil.

Le 7, la langue étant très chargée et pensant toujours qu'un abcès aurait bien pu se former dans quelque point du gosier, je me détermine à administrer une seconde fois de l'émétique, qui, portant d'ailleurs à la périphérie, pourrait peut-être donner lieu à la rupture de cet abcès, s'il existait réellement. D'un autre côté, je cédais au désir du malade, qui avait déjà éprouvé un soulagement marqué de l'emploi de ce moyen. Selles et vomissements très abondants. Le soir, la gêne de la respiration est toujours au même point.

Le 8, déglutition pénible. Les boissons reviennent en partie par le nez ; mais elles n'en sont pas moins prises en abondance. La respiration est bruyante, stertoreuse ; l'oppression est plus grande à de certains moments que dans d'autres, et alors le visage est coloré en noir, parce qu'il y a stase du sang dans les capillaires de cette partie. Ces divers symptômes annonçaient bien évidemment un obstacle mécanique qui s'était formé dans

les parties profondes du cou ; mais comment agir immédiatement sur lui, puisque le siége en était inconnu, et que tout se passait pour ainsi dire *intra muros ?* J'étais donc réduit malgré moi à faire la médecine du symptôme. (Boissons délayantes, lavement émollient, gargarisme avec la décoction de pavot blanc et le lait).

Le 9, augmentation de tous les symptômes, c'est-à-dire gonflement plus considérable du cou qui est toujours indolent. Déglutition plus difficile, délire fugace, respiration avec sensation d'un corps comme flottant dans la gorge ; le malade ne peut rester assis un seul instant et se promène sans cesse dans sa chambre. Il ne peut non plus satisfaire le besoin qu'il a de dormir, et s'il veut prendre la position horizontale, il est aussitôt menacé de suffocation.

Avant de quitter Debais pour lequel je concevais de vives inquiétudes, je fis mon possible pour m'assurer de l'état du fond de la gorge. Je n'y remarquai rien d'extraordinaire. Je pressai néanmoins le cou du malade avec la main de bas en haut, pour voir si dans le cas où il existerait un foyer purulent, je ne pourrais pas en déterminer l'ouverture. Debais prend de la bière coupée d'eau par petites gorgées, et du bouillon gras. Nuit agitée, jactation ; des images lugubres troublent les idées du malade ; insomnie, inquiétude extrême, visage hagard.

Le 10 mai, à 6 heures du matin, le visage de Debais porte l'empreinte d'une tristesse profonde. La voix est altérée ; elle est nasillarde ; le pouls est faible et lent. Je fais quelques tentatives pour injecter le fond de la gorge ; mais j'éprouve cette fois plus de difficulté parce qu'une ulcération du bord droit de la langue produite par des aspérités de l'avant-dernière molaire de la mâchoire inférieure s'oppose à son abaissement.

Toutefois autant que je pus en juger, l'aspect du pharynx et des parties adjacentes me parut être le même que dans l'état naturel. Me rappelant cette sentence d'Hippocrate : « *Angina detento, si tumor in collo extrorsum oriatur, bonum,* » je crus devoir recourir aux excitants de la peau, et j'appliquai un large vésicatoire camphré à la partie extérieure du cou, et un second au bras gauche.

Vers 4 heures de l'après-midi, Debais tombe sans connaissance sur le carreau et son visage devient violet. On le croit suffoqué : on le place demi-assis sur son lit, où il reprend peu à peu l'usage de ses sens après avoir bu avec beaucoup de difficulté un peu de vin rouge sucré.

A 6 heures du soir, je trouve le malade à peu près dans le même état que le matin; je pansai le vésicatoire; je fis ensuite quelques tentatives pour explorer le fond de la gorge; je plaçai entre les mâchoires et à gauche un morceau de liége, et j'introduisis l'index de la main droite aussi loin qu'il me fut possible dans le gosier; j'acquis alors la certitude qu'il y avait fluctuation sous les parois du pharynx. Je conçus dès lors l'espoir de soulager Debais en pratiquant une ponction sur cet organe. Je m'occupai à fixer une lancette sur un petit morceau de bois étroit et de la longueur de la main, avec une bandelette de linge fin, qui me servait en même temps à recouvrir la lame de cet instrument, dont je ne laissai dépasser la pointe que de quelques lignes. Je ne pus néanmoins parvenir jusqu'au foyer purulent avec ma lancette, toujours repoussée avec force par la langue qu'il m'était impossible de maintenir suffisamment et assez longtemps abaissée pour agir tout à mon aise.

Le lundi 11 mai, à 6 heures du matin, je me rendis chez Debais avec M. Pradal, et muni d'un pharyngotome. Le malade ayant été assis sur une chaise, et sa tête étant convenablement maintenue par son frère, M. Pradal voulut bien se charger d'abaisser la langue en appuyant le manche d'une cuiller sur le côté gauche. Je m'aperçus que l'isthme du gosier était fermé par une saillie de la partie supérieure du pharynx. Alors armé de mon pharyngotome, qui me servit à peser sur la base de la langue je le dirigeai obliquement d'avant en arrière, et de manière à diviser transversalement les fibres du pharynx, pour que l'ouverture restât béante et permît au pus un écoulement continuel. A peine les parois du kyste furent-elles incisées qu'une grande quantité de pus de bonne nature, inonda l'intérieur de la bouche. Je fis incliner Debais en avant, et du pus sortit en abondance par le nez et par la bouche. La quantité fut évaluée, à notre grand étonnement, à une chopine.

Peu après, le malade se gargarisa avec de l'eau tiède animée d'une petite quantité de vinaigre. Le soir, l'oppression est presque la même qu'avant l'ouverture de l'abcès. Cependant les boissons passent mieux. Nuit bonne.

Le 12, seconde ponction au pharynx. Évacuation copieuse de pus, couleur lie de vin rouge, de mauvaise odeur et d'une saveur très désagréable. Gargarisme. Boissons délayantes. Vermicelle au gras.

Le 13, le 14 et le 15, je fus obligé de pratiquer mon incision au

pharynx pour donner jour au pus. Les jours suivants un léger suintement a lieu par les petites plaies, et le 22 mai la guérison est complète.

On doit se demander, à la lecture de cette observation, si l'abcès est consécutif à un érysipèle du pharynx, ou s'il est simplement survenu comme une complication de l'érysipèle facial; je crois que la dernière supposition est la vraie, car on n'observe pas ici cette marche progressive de l'érysipèle s'étendant peu à peu à la cavité buccale, puis au pharynx, ainsi que l'a décrite M. Cornil dans son mémoire [1]; l'aspect de la muqueuse bucco-pharyngienne n'est point non plus celui qu'elle présente dans l'érysipèle du pharynx.

L'observation XLI mérite un intérêt spécial par le fait de la coïncidence de l'angine diphthérique avec un abcès pharyngien.

OBSERVATION XLI

Du Dr BOKAI

Tubercules, scarlatine, angine diphthérique et abcès du pharynx. Mort. Autopsie.

G... R..., petit garçon d'un an et demi, fut reçu à l'hôpital le 5 octobre 1855. Cet enfant de constitution faible, tuberculeux, souffrait depuis quatre semaines d'une diarrhée catarrhale avec prolapsus du rectum, et depuis quinze jours d'un eczema du visage; nous trouvâmes en outre les lèvres ulcérées et les glandes du cou gonflées; la cavité bucco-pharyngienne ne montrait du reste rien d'anormal. La percussion du thorax donnait un son

[1] Archives de médecine, Paris, 1862, série V, t. XIX, p. 257 et 443.

clair, le bruit respiratoire était rude, vésiculaire ; çà et là des râles à bulles fines, la toux était sèche. Deux abcès cutanés de la grosseur d'une noix occupaient la région lombaire.

Ce qui nous parut le plus pressant, chez un malade aussi affaibli, fut de chercher à combattre cette diarrhée fréquente, compliquée de chute du rectum ; on prescrivit une décoction de colombo avec extrait alcoolique de noix vomique.

Sous l'influence de ce traitement, l'état du malade s'améliora, mais le catarrhe bronchique ne diminua pas et nous ordonnâmes, le 14 octobre, une petite prise de muriate d'ammoniaque avec eau de laurier cerise.

Le 18 octobre, une violente fièvre, et le 19, rougeur du pharynx avec difficulté d'avaler, respiration courte et accélérée, bruit respiratoire rude, vésiculaire ; nous constatâmes un ulcère sphérique de la largeur d'une lentille, d'apparence sale sur le gland, et à la face postérieure du tronc plusieurs petits abcès cutanés ; en outre, sur toute la surface du corps une rougeur vive avec chaleur et tuméfaction de la peau.

Déjà le jour suivant, l'apparition des plaques rouges caractéristiques au visage, au cou et aux bras vient confirmer la pensée que nous avions eue la veille, du développement d'une scarlatine ; ces plaques scarlatineuses s'étendirent dans l'espace de deux jours sur tout le corps, et déjà, le 22 octobre, l'éruption commença à pâlir ; toutefois on observa sur les amygdales tuméfiées et sur les parois du pharynx une couche exsudative blanchâtre. On prescrivit en outre du traitement précédent dirigé principalement contre l'affection intestinale, une solution d'alun pour nettoyer la bouche.

Malgré cela, l'épaisse couche pseudo-membraneuse avait pris un aspect sale, les excoriations des lèvres offraient aussi cette apparence grisâtre ; les glandes sous-maxillaires étaient fortement tuméfiées, et le tissu cellulaire qui les entoure notablement infiltré.

Nous observâmes de la desquammation aux extrémités supérieures ; mais de l'œdème se montra aux jambes ; la diarrhée, qui avait presque cessé, reparut ; la fièvre persista, et l'affaiblissement général alla en s'aggravant. L'arnica, la quinine, les acides minéraux, l'alun intus et extra, ne réussirent point à modifier le cours de la maladie, les symptômes devinrent plus menaçants.

La tête de l'enfant était inclinée en arrière, la déglutition com-

plétement empêchée, la respiration difficile au plus haut degré, la voix tout à fait enrouée, l'haleine répendait une odeur fétide; l'isthme du gosier était retréci par l'enflure des amygdales et par des fausses membranes, et à la paroi postérieure du pharynx, revêtue aussi de cette même exsudation, on pouvait constater une saillie molle, élastique, indistinctement fluctuante qui remplissait en grande partie la cavité.

A cet état gangréneux des parois de la bouche et du pharynx, se joignirent les symptômes généraux de la septicémie. L'enfant mourut le 31 octobre au matin.

Autopsie. Sur la surface du corps très amaigri, de larges taches cadavériques, plusieurs vésicules la grosseur de lentilles renfermant de la sérosité pure.

La face interne du cuir chevelu pâle, infiltrée de sérosité; les os du crâne minces; la dure-mère injectée; dans le sinus longitudinal supérieur un caillot noir avec une petite quantité de concrétions fibrineuses; les nombreux vaisseaux de la dure-mère sont dilatés jusqu'à la grosseur d'une plume de corbeau et remplis de caillots sanguins; entre les feuillets de la pie-mère et de l'arachnoïde une petite quantité de liquide séreux. La substance cérébrale, généralement plus molle qu'à l'ordinaire, à la coupe luisante, humide, ponctuée de sang; dans le ventricule droit environ deux cuillerées à café de serum pur; les plexus choroïdes sont fortement injectés; à la base du cerveau, dans la scissure de Sylvius, de nombreuses granulations tuberculeuses grosses comme des grains de millet, et dans leur voisinage, jusqu'au ventricule droit, la substance cérébrale ramollie en consistance de bouillie. A la base du crâne, environ une once et demie de serum sanguinolent; caillots dans les sinus cérébraux.

Les parois du pharynx sont revêtues d'une pseudo-membrane d'un gris sale s'enlevant avec facilité; à la paroi postérieure est un abcès de la grosseur d'une noix, d'un rouge sale, rempli de liquide purulent; la cavité de cet abcès s'étend du côté de l'amygdale gauche et se réunit partiellement à cette glande.

La surface interne de l'œsophage est de couleur grisâtre, la muqueuse en est boursouflée, revêtue d'un liquide rougeâtre. La muqueuse du larynx et de la trachée est injectée, tuméfiée, renferme de la sérosité spumeuse. Le thymus est de la grosseur d'un œuf de pigeon; les ganglions bronchiques sont transformés en des masses de tubercules crus, gros comme des noisettes. Les deux poumons libres de toute adhérence, sont gorgés de sang,

leurs bords sont emphysémateux. Dans le péricarde, environ trois onces de serum pur jaunâtre; les ventricules du cœur renferment du sang noir épais.

Le foie d'un brun foncé contient beaucoup de sang; la rate hypertrophiée, brun foncé, riche en sang; on voit à sa surface externe plusieurs nodosités d'un blanc bleuâtre de la grosseur de têtes d'épingles.

Dans l'estomac, un liquide muqueux mélangé à des débris d'aliments; les replis muqueux de cet organe sont d'un rose pâle, jaunâtre. L'intestin grêle distendu par des gaz, montre par places son réseau capillaire fortement injecté; le gros intestin, revenu sur lui-même, contient une petite quantité de matière fécale jaunâtre, la muqueuse est fortement injectée et boursouflée. Les glandes mésentériques sont très gonflées. Les reins sont faiblement hypérémiés; peu d'urine dans la vessie.

Le séjour de ce malade à l'hôpital est de 26 jours; il arrive avec les symptômes de la tuberculose pulmonaire et une diarrhée colliquative. Pris de scarlatine treize jours après son entrée, il ne tarde pas à manifester les signes de l'angine pseudo-membraneuse ou diphthéroïde; une dyspnée intense accompagne cette nouvelle affection, et la dysphagie est absolue; on constate alors la présence d'une tumeur phlegmoneuse au fond du pharynx. La mort survient avec les symptômes de la septicémie et de la diphthérie de la cavité bucco-pharyngienne.

La plupart des médecins auxquels ce jeune malade eût été présenté, se fussent probablement contentés de diagnostiquer un croup laryngé. La diphthérie du larynx est en effet la cause habituelle de la dyspnée qui survient chez les malades atteints d'angine pseudo-membraneuse; on voit pourtant, d'après l'autopsie du malade, que le larynx et la trachée ne contenaient aucune fausse membrane, et que la suffocation avait ici pour cause un abcès du pharynx.

L'examen avec le doigt a seul pu mettre sur la voie du

vrai diagnostic, et il faut en conclure que cet examen est utile, nécessaire même dans tous les cas d'angine pseudo-membraneuse dès que la dyspnée se montre; car si ce symptôme est produit par un abcès du pharynx, le pronostic est moins grave que dans le croup, et le traitement doit être entièrement différent.

DIAGNOSTIC

Voici pour 91 de nos malades un tableau où j'ai mis en regard les degrés divers de rectitude du diagnostic et la terminaison de la maladie :

	Cas.	Guéris.	Morts.
Pas de diagnostic	9	0	9
Diagnostic erroné	16	0	16
Diagnostic erroné au début, puis rectifié	24	17	7
Diagnostic exact.	42	33	9
Total.	91	50	41

On voit clairement par ces chiffres combien la vie des malades est sous la dépendance de la science et de l'habileté du médecin ; il me serait facile de prouver que même parmi les 9 cas de mort survenue à la suite d'un diagnostic exact, plusieurs sont dus à ce que le traitement n'a pas été bien dirigé. De plus, presque toutes les fois que le diagnostic est fautif, l'erreur provient de ce que le médecin, en présence

d'une maladie assez rare, ne songe pas à la possibilité de l'existence de cette maladie et n'a pas l'idée d'en rechercher les signes palpables.

Voici maintenant le tableau des diagnostics erronés :

Croup	12	fois.
Angine ou laryngite aiguë .	8	»
Laryngite chronique	2	»
Oedème de la glotte	3	»
Phthisie laryngée	1	»
Grippe, bronchite	2	»
Oesophagite	1	»
Syphilis du pharynx	1	»
Encéphalo-méningite. . . .	2	»
Hoquet convulsif	1	»
Cancer, exostose, anévrisme	3	»
Paralysie du pharynx ou de l'œsophage	2	»

Le croup et les affections aiguës ou chroniques du pharynx et du larynx sont les maladies avec lesquelles on confond le plus souvent les abcès pharyngiens ; viennent ensuite les maladies des organes thoraciques, puis celles des centres nerveux, à cause des symptômes cérébraux et thoraciques qui compliquent parfois l'angine phlegmoneuse jusqu'à la masquer.

Le diagnostic est facile si le médecin pratique à temps l'exploration de l'arrière-gorge par la vue et par le toucher. Voyons comment on doit procéder à cette exploration :

Chez les sujets qui peuvent ouvrir la bouche, la première chose à faire est d'inspecter l'arrière-gorge au moyen de la vue ; si la région est recouverte de mucosités blanchâtres,

on ne devra pas confondre celles-ci avec des fausses membranes diphthériques, ainsi que cela est arrivé au Dr Besserer; on essuiera l'enduit au moyen d'un pinceau ou d'une petite éponge. Cette précaution une fois prise, il arrive souvent qu'on peut voir la tumeur pharyngienne et étudier à l'œil sa situation et ses dimensions. Quelquefois on est obligé de soulever la luette et le voile du palais, à cause de la position trop élevée de l'abcès; d'autres fois, il faut au contraire abaisser fortement la langue et même alors il peut se faire que la saillie ne soit pas suffisante dans la paroi post-pharyngienne pour qu'on puisse la voir.

L'exploration au moyen du toucher peut se faire dans tous les cas; nous avons vu en effet le Dr Fleming (obs. XXI) réussir à introduire le doigt et même le bistouri dans un cas où la contraction des masseters était telle qu'elle donnait au malade l'aspect d'un tétanique. Il peut être nécessaire de placer un tampon de linge ou un morceau de liége entre les mâchoires, et d'entourer d'une bande le doigt du chirurgien; en tous cas, il ne faut se laisser rebuter par aucun obstacle; je dirai plus loin pourquoi je repousse l'emploi des anesthésiques comme inutile et dangereux.

Suivant que le malade incline la tête d'un côté ou de l'autre, la paroi latérale du pharynx peut faire une saillie dure, anormale sur l'un des côtés de la cavité [1]; il suffit d'être averti de cette circonstance pour ne pas se laisser induire en erreur.

Arrivé au fond de la bouche, le doigt rencontrera la tumeur, le plus souvent directement au milieu et à la hauteur de la base de la langue, elle sera molle, élastique, ou encore dure, résistante; l'exemple malheureux de M. Chassai-

[1] Verneuil, Bulletin de la Soc. de chir. de Paris, 1864, p. 201.

gnac[1] enseigne qu'on devra rechercher à la surface de la tumeur l'existence de battements isochrones avec ceux du pouls. La fluctuation se percevra par des mouvements alternatifs du doigt en arrière et en avant, ou chez les adultes, en introduisant l'index des deux mains dans l'arrière-gorge, comme l'a fait M. Gillette. Tout le monde sait du reste que cette manière de sentir la fluctuation est singulièrement difficile et sujette à erreur; il ne faut donc pas insister sur ce signe et courir ainsi le risque de perdre un temps précieux, durant lequel l'abcès prend de l'extension.

Je voudrais à ce propos qu'il me fût permis de battre en brèche la règle souvent répétée et injustement parvenue à l'état d'axiome chirurgical, d'après laquelle une tumeur ne doit être incisée que si elle est fluctuante. Beaucoup de chirurgiens observent aveuglément ce précepte, et l'enseignent à leurs élèves, sans s'occuper des raisons qui l'ont introduit dans la pratique chirurgicale, sans se demander s'il ne serait pas bon de l'enfreindre quelquefois. La recherche de la fluctuation n'a d'autre but que de faire constater la nature solide ou liquide d'une tumeur. Or, dans la maladie qui nous occupe, dont la marche est presque toujours aiguë, dont les symptômes sont assez graves pour faire courir au malade le danger le plus imminent, la question de savoir si la tumeur du pharynx est solide ou liquide est une question parfaitement oiseuse; car à supposer par impossible que le bistouri plongé dans la tumeur arrivât sur un corps dur, le malade n'en courrait aucun danger de plus; pourquoi donc fatiguer le malheureux patient par des tentatives opiniâtres dans cette recherche routinière, pourquoi surtout retarder le seul traitement efficace, lors-

[1] Bulletin de la Soc. de chir. de Paris, 1860, p. 83.

que chaque jour de temporisation diminue de beaucoup les chances de guérison ?

Lorsque le doigt ne sent pas de saillie anormale au-dessus de l'orifice supérieur du larynx, il faut le porter en bas et en arrière ; les replis aryténo-épiglottiques peuvent dans ce cas offrir un gonflement œdémateux ainsi que les parois latérales du pharynx ; de là la nécessité de presser toujours en arrière contre la paroi postérieure de cette cavité, sans oublier que l'œdème ou l'infiltration purulente des replis aryténo-épiglottiques coïncide souvent avec les abcès rétro-pharyngiens.

Si la tumeur n'occupe pas la région inférieure du pharynx, on devra porter le doigt dans le cul-de-sac supérieur en arrière des fosses nasales.

On comprend aisément combien il est nécessaire que cet examen se fasse avec décision et promptitude, car il provoque dans la plupart des cas de la douleur, des efforts de vomissements, de la dyspnée, quelquefois des accès violents de suffocation et même des convulsions générales. Tant que le diagnostic n'est pas certain, il faut répéter chaque jour le toucher du pharynx.

Le laryngoscope a été employé sur un seul malade par le Dr Waldenburg[1], il lui a permis de constater un abcès à la partie inférieure du pharynx. Je pense que cet instrument ne peut s'appliquer qu'aux malades adultes, et dans les cas où la tumeur se rapproche de l'œsophage. Le laryngoscope sera plus utile après l'ouverture de l'abcès lorsqu'on voudra examiner l'orifice par où le pus s'échappe ou constater le retrait de la tumeur.

L'inspection extérieure de la région cervicale donne

[1] Deutsche Klinik, Berlin, 1865, p. 87.

quelquefois des signes d'une grande valeur : la saillie en avant du cartilage thyroïde et des veines jugulaires antérieures, le gonflement général, ou les tumeurs circonscrites de la région antérieure ou latérale du cou, la douleur provoquée par la compression du larynx, etc.

Quant aux symptômes subjectifs, savoir : la dyspnée, la dysphagie, la toux, les altérations de la voix ; leurs caractères sont trop variables pour qu'ils puissent être d'une grande utilité au point de vue du diagnostic. Un seul de ces symptômes, la rigidité du cou, la gêne remarquable dans les mouvements de la tête, doit fixer l'attention, parce qu'il ne se rencontre pas dans les maladies qui sont le plus souvent confondues avec les abcès du pharynx. Notons aussi que la dysphagie peut être assez intense pour amener l'impossibilité absolue d'avaler, et qu'elle va croissant en même temps que la dyspnée.

Le toucher du pharynx étant toujours possible, et ce mode d'exploration donnant dans la grande majorité des cas des signes clairs et suffisants, on peut dire que le diagnostic différentiel des abcès pharyngiens ne présente pas de sérieuses difficultés. Il ne sera pas inutile toutefois d'établir un parallèle indiquant les différences qui séparent les symptômes de ces abcès de ceux des maladies avec lesquelles ils peuvent être confondus. Ce parallèle aura en outre l'avantage de réfuter les erreurs commises par la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, sans se donner la peine de consulter et d'étudier les faits cliniques.

Pour ce qui regarde le croup, je rappellerai tout d'abord que l'angine couënneuse peut coïncider avec un abcès du pharynx (obs. XLI) ; en sorte que la dyspnée grave survenant chez un enfant atteint d'angine diphthérique, n'est pas

toujours un signe de l'extension des pseudo-membranes au larynx ou à la trachée. Cette complication de l'angine avec un phlegmon post-pharyngien n'a encore été observée qu'une seule fois, mais cela peut tenir à la quantité relativement rare d'autopsies qui se pratiquent sur les nombreux enfants dont on attribue la mort au croup ou à l'angine couënneuse.

Le médecin ne devra donc pas se tenir pour suffisamment éclairé, lorsqu'un enfant sera atteint de dyspnée croupale et aura l'arrière-gorge tapissée de fausses membranes; l'examen avec le doigt sera encore nécessaire pour rendre le diagnostic certain. Je voudrais même généraliser cette règle et poser en principe que tout chirurgien qui se dispose à faire l'opération de la trachéotomie sur un malade qu'il croit atteint de croup, doit préalablement explorer le pharynx au moyen du toucher.

Indiquons maintenant en regard les uns des autres les signes différentiels du croup et des abcès rétro-pharyngiens :

CROUP	ABCÈS DU PHARYNX
Survient épidémiquement.	Jamais d'épidémie.
Maximum de fréquence de deux à sept ans.	Maximum de fréquence dans les deux premières années de la vie.
Mouvements de la tête faciles et fréquents.	Mouvements de la tête douloureux, rigidité du cou.
Pas de douleur, pas de tuméfaction dans la région cervicale ou laryngée.	Douleur et aggravation de la dyspnée à la pression sur le cartilage thyroïde, saillie en avant du larynx, tuméfaction du cou.

Pas de tumeur au fond de la cavité pharyngienne.	Tumeur visible ou perceptible au toucher à la paroi postérieure ou latérale du pharynx.
Inspiration et expiration difficiles, accompagnées d'un bruit serratique humide, souvent de râles.	Inspiration plus difficile que l'expiration (au début du moins) accompagnée d'un sifflement plus sec, comme dans l'œdème de la glotte, ou de bruits de diverse nature.
Déglutition aisée, ou du moins possible.	Dysphagie augmentant avec la dyspnée et allant jusqu'à l'impossibilité complète d'avaler.
Expectoration de fausses membranes.	Rejet d'un mucus blanchâtre, filant ou spumeux.

J'ai exclu de ce tableau plusieurs symptômes différentiels indiqués par les auteurs : l'intermittence de la dyspnée ou la dyspnée paroxystique, les altérations de la voix, la toux rauque ou métallique. Nous avons vu en effet que chacun de ces symptômes peut se montrer dans les deux maladies.

L'observation du Dr Detmold va nous présenter la réunion de la plupart des symptômes subjectifs du croup chez un malade atteint de phlegmon du pharynx.

OBSERVATION XLI

Du Dr DETMOLD, DE HANOVRE

Abcès rétro-pharyngien secondaire. Mort. Autopsie.

Un enfant bien portant âgé de onze semaines, ayant une nourrice saine, éprouva vers le milieu du mois de février 1820 une tuméfaction des glandes du cou, qui se dissipa par l'emploi de moyens convenables. Une seule glande toutefois entra en suppuration, fut ouverte, guérit, et l'enfant recouvra complétement la santé.

Quinze jours après, M. Detmold est appelé auprès de l'enfant, qui est affecté d'une toux dont le timbre est absolument croupal. Il existe en même temps une difficulté de respirer, difficulté qu'augmente la moindre pression exercée sur le larynx. Le pouls est fébrile et la température de la peau élevée.

La maladie est prise pour le croup et traitée en conséquence, sans qu'aucun moyen procure de soulagement. La fièvre il est vrai diminue, la température de la peau s'abaisse au-dessous de la température normale; l'urine s'excrète plus librement: mais la toux croupale persiste. La dyspnée augmente d'une manière alarmante, et la déglutition devient tellement pénible, que l'enfant laisse couler hors de la bouche le lait qu'il a sucé.

On suppose qu'il existe une paralysie des muscles de la déglutition, et l'on administre le musc et le sel volatil de corne de cerf. La dyspnée et la dysphagie augmentent à un point difficile à décrire, et après avoir souffert pendant douze heures, l'enfant succombe avec des symptômes effrayants de suffocation.

Autopsie. Après avoir enlevé la peau et le muscle peaucier, on trouve au côté droit du cou un foyer provenant d'une glande suppurée; ce foyer situé au-dessus et sur le côté de l'os hyoïde, contenait environ une petite cuillerée à bouche de pus. Nulle part il n'existait d'induration ganglionnaire. Après la dissection des muscles mylohyoïdiens, géniohyoïdiens et génioglosses, on fit aussi la section des piliers palatins, afin de pouvoir enlever intacts le pharynx et le larynx. Au moment de l'incision de la paroi

postérieure du pharynx, on vit jaillir de nouveau du pus et on découvrit une vaste poche purulente. Cette poche contenait au moins trois cuillérées de liquide, s'étendait en haut jusqu'à la base du crâne; elle séparait le pharynx du corps des vertèbres et détruisait le tissu lamineux de cette région dans la hauteur d'environ trois pouces. Le larynx ni le pharynx n'offraient d'altération pathologique à leur surface. On ne trouva pas de communication entre l'abcès situé au-devant de l'os hyoïde et l'abcès pharyngien. Mais il faut ajouter qu'une pareille communication aurait facilement pu passer inaperçue ou être détruite pendant la dissection. Les vertèbres étaient parfaitement saines. Il n'y avait aucune trace d'inflammation dans le larynx, ni dans la trachée.

C'est un cas d'abcès pharyngien secondaire à foyer éloigné de l'abcès sous-hyoïdien primitif et sans communication apparente avec lui. Les symptômes ont de grandes analogies avec ceux du croup, et le diagnostic n'a été porté que sur la table d'autopsie. Pour excuser l'ignorance du chirurgien, il faut se rappeler que le fait s'est passé en 1820. Cette observation est une preuve bien évidente de la nécessité d'explorer l'arrière-gorge avec le doigt, même lorsqu'on se croit sûr d'avoir à faire à un croup.

Le diagnostic est plus difficile lorsqu'il s'agit de distinguer les phlegmons rétro-pharyngiens de la laryngite œdémateuse. Rappelons-nous d'ailleurs que ces deux affections se rencontrent simultanément; la confusion sera dans ce cas moins préjudiciable au malade, car une fois l'abcès reconnu et incisé, la suffusion séreuse ou séro-purulente des replis aryténo-épiglottiques se dissipe d'elle-même.

Au toucher, on doit sentir dans l'œdème de la glotte deux bourrelets durs, tuméfiés, au niveau de l'orifice supérieur du larynx; dans les abcès de l'arrière-gorge, la tumeur est unique et implantée par une large base sur la paroi postérieure du pharynx. De plus, l'angine laryngei-

œdémateuse est très rare chez les petits enfants, elle se montre le plus souvent consécutivement à une maladie aiguë, ou à la nécrose des cartilages du larynx. D'autre part, on observe dans les abcès rétro-pharyngiens la roideur, la déformation extérieure du cou et une durée plus longue de la maladie.

Les autres espèces de laryngite ne peuvent guère donner lieu à des erreurs de diagnostic ; j'en excepte toutefois la laryngite nécrosique, dont les symptômes subjectifs peuvent avoir de frappants rapports avec ceux des phlegmons pharyngiens, précisément à cause de l'œdème laryngé qui se montre dans ces deux maladies. La dyspnée, les altérations de la voix, la toux, l'inspiration sifflante, la dysphagie s'observent dans la laryngite nécrosique, mais ce dernier symptôme est moins intense que dans les phlegmons du pharynx. L'examen à l'œil ou au laryngoscope, le toucher et la palpation extérieure du cou fourniront les signes différentiels les plus importants. Il faut se rappeler, en outre, que la nécrose des cartilages du larynx est un accident survenant presque toujours dans les fièvres typhoïdes graves, tandis que les abcès du pharynx n'ont jamais été observés dans la dothinentérie[1].

Durant le premier stade de son évolution, le phlegmon du pharynx ne présente pas de symptômes pathognomoniques qui le différencient des autres espèces de pharyngites. Notons cependant quatre symptômes qui sont plus marqués et plus graves dans l'angine phlegmoneuse, ce sont : la rigidité du cou, le renversement de la tête en arrière, la

[1] J'ai cité déjà deux observations de M. Louis, donnant l'exemple d'une infiltration purulente sous-muqueuse du pharynx chez des malades morts de fièvre typhoïde, mais le pus n'était point aggloméré en un foyer, et il y avait absence de troubles respiratoires.

dysphagie, et la sécrétion abondante de mucosité, sur toute la surface de l'arrière-bouche.

Il nous reste encore à établir les signes distinctifs des tumeurs du pharynx et des diverses formes d'abcès que nous avons décrites.

Je ne m'arrêterai pas aux tumeurs polypeuses, cancéreuses ou anévrismatiques; les gommes syphilitiques sont déjà plus faciles à confondre avec un phlegmon pharyngien, elles ont occasionné également des troubles graves dans la respiration et la déglutition, leur apparence extérieure se rapproche assez de celle d'un abcès ; mais leur développement est généralement plus lent, elles sont souvent multiples, de consistance plus dure, ne s'accompagnent pas de symptômes généraux, s'ulcèrent facilement. Du reste, une erreur de diagnostic qui consisterait à prendre une tumeur gommeuse pour un abcès, n'entraînerait aucune suite fâcheuse. L'incision d'une de ces tumeurs, dans le cas où elle occasionnerait une dyspnée grave, serait précisément le traitement qui lui conviendrait; le liquide rejeté sera dans ce cas le meilleur critère pour un diagnostic exact.

Les abcès tonsillaires ou péri-amygdaliens donnent lieu à une tumeur latérale ou bilatérale, moins profonde, et très visible tant que l'ouverture de la bouche est possible; ils occasionnent beaucoup plus fréquemment que les phlegmons rétro-pharyngiens la contracture des masseters; ils gênent la déglutition et la rendent douloureuse, mais s'opposent rarement d'une manière absolue au passage des aliments solides et liquides. Enfin, ils ne gênent la respiration que lorsqu'ils donnent lieu à une infiltration œdémateuse de l'orifice supérieur du larynx.

Les abcès de l'œsophage, en tant qu'ils occupent la portion supérieure de ce conduit, ne se distinguent pas des

abcès pharyngiens et se confondent presque toujours avec eux ; les collections purulentes situées exclusivement au niveau de la partie moyenne ou inférieure de l'œsophage se rencontrent assez rarement, j'ai pu cependant en trouver deux cas[1], tous deux terminés par la guérison à la suite de la perforation spontanée. On pourrait conclure de là que le pronostic des abcès péri-œsophagiens est moins grave que celui des phlegmons du pharynx; j'ai déjà eu l'occasion de citer une observation de Graves, dans laquelle un abcès œsophagien avait amené la mort par suite de l'inflammation d'un des nerfs récurrents. Duparcque s'est efforcé d'établir un grand nombre de signes distinctifs entre les abcès du pharynx et ceux de l'œsophage ; parmi les symptômes qu'il indique, il en est qui sont tirés de l'attitude du malade, de son mode de déglutition, du timbre de la voix ; or nous avons déjà dit qu'il ne fallait attacher qu'une importance secondaire à ces symptômes, parce qu'ils varient beaucoup d'un sujet à l'autre. Ce qu'il faut surtout s'attacher à découvrir, c'est le point de la région cervicale qui est le siége de la douleur ou de la tuméfaction inflammatoire ; le toucher pharyngien et l'examen à l'aide de la sonde œsophagienne seront en tous cas les meilleurs moyens de préciser le diagnostic.

Lorsqu'il s'agit de reconnaître avec exactitude la place occupée par l'abcès dans la paroi pharyngienne, c'est encore le toucher qui sera le guide le plus sûr. J'ai dit en effet

[1] Ces deux cas se trouvent, le premier: Archives de médecine, Paris, 1826, t. X, p. 134. Observation du Dr Barras. — Le second : De difficulte et impedit. alimentorum depulsione, Lugd. Batavor, 1730 et Sammlung auserlesener Abhandl. Leipzig, 1792, partie III, p. 724. Observation de Bleuland.

que les troubles fonctionnels varient peu, quelle que soit la place occupée par la tumeur, et quel que soit son volume.

Ajoutons toutefois que dans les abcès siégeant exclusivement dans le cul de sac supérieur du pharynx, la respiration du malade est libre tant qu'il tient la bouche ouverte, qu'elle est au contraire difficile, bruyante et fortement nasonnée, dès qu'il ferme la bouche.

Les phlegmons qui pénètrent dans la cavité thoracique se reconnaissent à la percussion et à l'auscultation, au moyen des signes ordinaires propres aux épanchements pleurétiques, ou à la pneumonie ; M. Créquy a noté chez ses deux malades atteints d'abcès du médiastin l'existence d'une sorte de gargouillement à la partie inférieure du cou.

Lorsque la collection purulente occupe la paroi antérieure du pharynx, on observe une dysphagie moins grave, et il peut se montrer de la rougeur et du gonflement au cou autour du cartilage cricoïde; mais les faits relatifs à ce genre de phlegmons sont peu nombreux et ont été mal étudiés jusqu'ici, il est donc impossible de bien caractériser les symptômes particuliers à ces abcès.

Avant de terminer ce chapitre, j'indiquerai encore les caractères propres à faire distinguer les différentes formes des abcès rétro-pharyngiens.

A quoi reconnaîtra-t-on un abcès ganglionnaire, d'un phlegmon du tissu lamineux post-pharyngien ? L'expérience est encore muette à cet égard, mais nous savons que le pus formé par un abcès ganglionnaire offre des caractères différents du pus phlegmoneux ; qu'outre les globules purulents qu'il renferme en moins grande abondance, il est constitué principalement par des granulations moléculaires, de la graisse, des lambeaux de tissus et des cellules déformées ; ce sera donc l'observation microscopique à laquelle il faudra

avoir recours pour décider cette question. Notons encore que les abcès ganglionnaires occuperont toujours au début un des côtés du pharynx et qu'ils coïncident souvent avec l'engorgement ou la fonte purulente des ganglions sous-maxillaires.

Les abcès secondaires produits par l'inflammation de kystes thyroïdiens se reconnaîtront principalement au moyen des commémoratifs de la maladie ; il suffira de savoir que le sujet porte depuis un temps assez long une tumeur indolente, fluctuante de la région thyroïdienne. A défaut des antécédents, on distinguera ces abcès à leur volume considérable, à l'abondance extraordinaire du liquide qu'ils contiennent, et à la circonstance importante que, malgré leur vaste étendue, ils sont exactement circonscrits et renfermés dans une poche à parois épaisses.

La déformation de la région postérieure du cou et la difficulté persistante de mouvoir la tête, sont les signes qui caractérisent le mieux la carie des premières vertèbres cervicales. Lorsque ces symptômes se présentent durant un temps plus ou moins long avant l'apparition d'un abcès rétro-pharyngien, on en pourra conclure que cet abcès est symptomatique du mal de Pott ; mais il est des cas où la marche de cette maladie est aiguë et où la formation de la collection purulente a lieu dès le début du mal vertébral.

Le D[r] Hoelzle a rapporté un de ces cas dans l'observation suivante :

OBSERVATION XLII

Du Dr HOELZLE

Carie des vertèbres cervicales. Abcès rétro-pharyngien. Hémorrhagies. Mort. Autopsie.

Un jeune homme de 15 ans, robuste, tomba malade en février avec des symptômes d'angine; en même temps les mouvements du cou étaient impossibles, le malade ne pouvait ouvrir la bouche et se plaignait de douleurs à la nuque. La voix était alterée, la déglutition difficile; tuméfaction douloureuse à la région parotidienne, amygdales normales, pas de fièvre.

Durant les quinze premiers jours, l'état se modifie à plusieurs reprises; la déglutition était tour à tour facile ou difficile. Le 16me jour il s'écoula un peu de sang par le nez et la bouche, cela produisit du soulagement.

Le 18me jour un abcès s'ouvrit à l'intérieur; il en sortit beaucoup de pus sanguinolent, couleur lie de vin, et l'on put reconnaître l'existence d'une tumeur située derrière le voile du palais, et sur laquelle s'appuyait l'amygdale droite.

Quelques heures plus tard, environ deux litres de sang rutilant s'échappèrent par la bouche et par le nez. Quoique l'ouverture de la bouche fût alors plus facile, on ne put découvrir la source de cette hémorrhagie et de la faiblesse mortelle qui la suivit.

Quatre jours après, le malade rendit encore en toussant, et par la bouche seulement, environ un litre de sang. Le lendemain, troisième hémorrhagie de la même abondance, par les narines seulement.

Depuis ce moment, le malade expectora de temps à autre en toussant du mucus crémeux parsemé de petits caillots; en même temps la tumeur s'accrut, devint plus douloureuse; de violents accès de toux accompagnés de suffocation se montrèrent, sans amener d'hémorrhagie. A la fin de la quatrième semaine l'abcès s'ouvrit avec les mêmes circonstances que précédemment : soulagement, diminution de la toux et de la respiration bronchique qui s'était fait entendre de chaque côté de la poitrine.

On put de nouveau reconnaître distinctement la tumeur qui repoussait la luette en avant, mais diminuait de volume en même temps que la tuméfaction extérieure.

L'état général allait s'améliorant visiblement, lorsqu'après un intervalle de quatorze jours, une hémorrhagie survint plus violente que toutes les autres et dix heures après le malade mourut.

Autopsie. On trouva à la face antérieure droite du corps de l'atlas une surface cariée de la largeur de 7 lignes et de la hauteur de 4 lignes. Dans le tissu lamineux intermédiaire entre l'amygdale droite et la parotide, autour du tronc et des rameaux de l'artère carotide se trouvait une cavité de la grosseur d'un œuf de poule, remplie de sang coagulé; ce caillot se partageait en deux couches, l'une interne composée de fibrine, l'autre externe, de cruor. Il fut impossible de découvrir la source de l'hémorrhagie. La paroi de l'abcès pharyngien offrait trois ouvertures : deux petites de la grosseur d'une épingle, une plus large de trois lignes d'étendue, située au-dessus des premières et permettant l'introduction d'une plume d'oie.

Les organes de la poitrine et de l'abdomen étaient à l'état normal.

Nous avons ici un abcès rétro-pharyngien qui s'ouvre spontanément 18 jours seulement après le début des symptômes morbides chez un sujet atteint de carie de l'atlas. C'est là un cas d'abcès par congestion aigu, et dont la marche ne diffère en rien de celle d'un abcès pharyngien idiopathique. Le diagnostic pathogénique eût été dans ce cas d'une très-grande difficulté. Je regrette toutefois que l'auteur de l'observation ne se soit pas attaché à mieux caractériser la douleur à la nuque accusée par son malade; il est probable que si cette douleur était vive, exaspérée par la pression, siégeant spécialement au sommet des apophyses épineuses, elle eût pu se distinguer de la douleur moins circonscrite, siégeant plutôt à la face antérieure du cou, que nous avons décrite dans l'abcès pharyngien idiopathique. Du reste les difficultés du diagnostic sont ici sans

conséquences fâcheuses, car du moment où les abcès par congestion donnent lieu aux mêmes symptômes que les abcès phlegmoneux, le traitement qui leur convient est identique.

Ajoutons à propos de cette curieuse observation que la cause de la mort, l'hémorrhagie, est survenue quoiqu'on se soit abstenu de toute intervention chirurgicale ; si une incision eût été pratiquée, on n'eût pas manqué d'attribuer la mort du malade à l'opération.

PRONOSTIC

Les abcès spontanés de la région postérieure du pharynx sont une maladie dont la terminaison naturelle est presque invariablement la mort. Notre chapitre du pronostic serait donc bien court, si l'expérience ne nous apprenait que l'intervention chirurgicale diminue dans une forte proportion les chances fatales. Le tableau qui se trouve au chapitre précédent, montre en effet que dans 25 cas où le diagnostic a été fautif, le résultat est 25 morts, tandis que dans les 66 autres cas les morts ne sont qu'au nombre de 16. C'est donc une erreur de dire que cette maladie est très bénigne comme plusieurs auteurs le prétendent [1].

J'ai étudié les 16 cas de terminaison fatale survenue malgré la rectitude du diagnostic, dans le but de découvrir

[1] Voici toute la description que donne des abcès du pharynx un ouvrage de pathologie interne très répandu : « On a cité quelques cas d'abcès survenus à la suite d'une pharyngite. Dans ces circonstances les malades crachent un peu de pus, et cette évacuation est suivie de la disparition des accidents qui avaient persisté du côté du pharynx »

si une cause spéciale avait apporté à la maladie un surcroît de gravité.

Il résulte de cette recherche que dans huit de ces observations, aucune tentative d'incision n'a été faite. Cette fâcheuse abstention du chirurgien peut s'expliquer par diverses causes : la timidité dans l'emploi du bistouri, l'opposition du malade, de ses parents ou d'un confrère appelé en consultation. Une fois, le médecin enfonce le trocart, mais pas assez profondément, et il ne sort que quelques gouttes de sang. Dans trois cas enfin, l'ouverture artificielle est pratiquée, mais très tardivement, et l'incision est trop étroite pour donner au pus une issue suffisante.

Restent encore quatre cas, mais ceux-ci appartiennent tous à la forme diffuse, gangréneuse des phlegmons du pharynx ; nous ne possédons aucun exemple de phlegmon gangréneux terminé par la guérison.

Le pronostic doit aussi tenir compte du cas où l'abcès pharyngien survient chez un malade déjà atteint d'une affection très-grave : nous avons parlé de deux sujets dont l'un souffrait à la fois d'angine diphthérique, de tubercules pulmonaires et d'abcès rétro-pharyngien (obs. XLI) ; chez un autre l'abcès coïncidait avec une tuberculose des ganglions bronchiques et de la trachée (obs. XXIV). Le phlegmon guttural n'est pas ici la maladie principale, mais il peut néanmoins être la cause prochaine et immédiate de la mort, son traitement doit donc être le même que dans les cas simples.

J'ai déjà dit précédemment que les abcès pharyngiens causés par l'introduction d'un corps étranger à travers la paroi du canal alimentaire, offraient des chances de guérison très différentes suivant la nature, le volume ou le poids du corps étranger, et suivant la profondeur de la

lésion produite, et les chances possibles d'extraction par voie opératoire. Si le corps solide n'occasionne qu'une lésion superficielle de la muqueuse, il est évident que le pronostic ne sera pas le même que s'il pénètre dans le tissu cellulaire profond et glisse peu à peu dans le thorax en donnant lieu à un abcès gangréneux.

TRAITEMENT

Commençons par résumer la thérapeutique employée chez nos malades, nous en déduirons ensuite les règles du traitement rationnel des abcès rétro-pharyngiens.

Les émissions sanguines ont été pratiquées sur 12 malades : deux ont subi la saignée, l'un du bras, l'autre de la jugulaire externe, tous deux sont morts ; trois ont subi tour à tour la saignée générale et les sangsues ; deux sont morts, le troisième a guéri à la suite de l'incision de l'abcès. Sept sujets ont été traités par des applications de sangsues au cou ; quatre sont morts, trois ont guéri, deux après l'incision de l'abcès, le troisième par suite de la perforation spontanée.

Si l'on examine quel a été l'effet immédiat des saignées générales ou locales, on voit que chez un seul malade, celui qui a été saigné par la jugulaire, un soulagement momentané s'est produit. Dans aucun cas la marche progressive de l'abcès n'a été enrayée par les antiphlogistiques.

Le remède interne le plus souvent employé est le vomitif: le tartre stibié, l'ipeca, ou le sulfate de cuivre ont été admi-

nistrés à 21 malades à une ou plusieurs reprises. Trois ou quatre sujets ont éprouvé une amélioration momentanée à la suite des vomissements et de l'expulsion abondante de mucus qu'ils ont provoquée. Sur les 21 malades, 10 sont morts, les 11 autres ont guéri à la suite de l'incision de l'abcès.

Un grand nombre de malades ont pris des purgatifs, d'autres des toniques ou des stimulants ; on a employé le bromure de potassium, le chlorate de potasse, etc. Tous ces remèdes ont été de nul effet.

On en peut dire autant des applications externes : cataplasmes, bains, pommades résolutives, vésicatoires, moxas, gargarismes, injections, cautérisations du pharynx ; enfin, dérivatifs sur les membres ou sur le canal intestinal.

Voyons maintenant le traitement chirurgical :

La laryngotomie ou la trachéotomie ont été pratiquées sur quatre malades, tous sont morts ; chez trois d'entre eux la nature de la maladie a été méconnue, chez le quatrième (obs. LI) l'abcès avait été diagnostiqué. Une seule de ces observations (obs. II) donne des détails suffisants pour expliquer l'insuccès de l'opération : une large incision avait été faite à travers la membrane cricothyroïdienne, mais la canule, très difficile à introduire, ressortait à chaque instant de sa place : si bien qu'un dernier déplacement du tube fut suivi de l'asphyxie du malade. On reconnut à l'autopsie que la tumeur formée par l'abcès refoulait en avant la paroi postérieure du larynx, rétrécissait ce conduit, et provoquait le dérangement continuel de la canule.

Je ne pense pas devoir décrire séparément l'incision et la ponction des abcès du pharynx ; il est évident en effet que dans la grande majorité des cas, et surtout chez les enfants, quel que soit l'instrument qu'on emploie pour ou-

vrir la paroi antérieure de la poche au fond de la cavité pharyngienne, on ne fera guère qu'une piqûre; l'ouverture ne mérite le nom d'incision que dans le cas assez fréquent où, après une première ponction, il est nécessaire d'agrandir la plaie au moyen d'un ciseau courbe ou d'un bistouri boutonné.

Nous n'aurons donc à décrire que deux sortes d'opérations pour l'ouverture artificielle des abcès pharyngiens: l'incision ou ponction interne, à travers la paroi postérieure de l'arrière-gorge, et l'incision externe sur la région antérieure ou latérale du cou.

L'incision externe n'a été faite que trois fois; chez un quatrième sujet l'ouverture de l'abcès a été amenée au moyen des caustiques. Sur ces quatre cas, il y a deux morts et deux guérisons. La collection purulente n'occupant pas toujours la même hauteur, les difficultés et les dangers de l'incision externe peuvent varier. Chez les deux malades qui ont succombé, le bistouri n'a point eu à pénétrer profondément à travers les muscles de la région cervicale, il n'a eu que la peau et l'aponévrose superficielle à traverser; la quantité de pus évacuée a été fort peu abondante; cela tient probablement à ce que l'abcès ouvert en arrière de l'aponévrose cervicale superficielle ne communiquait pas largement avec le foyer principal situé au pharynx, en sorte que celui-ci a pu continuer à se développer sans que l'incision produisît autre chose qu'un soulagement court et momentané. En lisant l'observation du Dr Riedel, on ne peut s'empêcher de regretter que l'auteur n'ait pas essayé de pénétrer dans l'abcès par une incision interne:

OBSERVATION XLIV

Du Dr RIEDEL

Abcès pharyngo-œsophagien. Ponction à la face antérieure du cou. Mort. Autopsie.

Lue à la Société médicale de Berlin.

Le 2 décembre 1864 je fus appelé auprès de l'enfant H, âgé de 5 mois, fils d'un barbier. Cet enfant bien développé, d'une parfaite santé, allaité par une nourrice, avait montré, contrairement à son habitude, de l'agitation depuis quelques jours; le soir et la nuit surtout, il avait de la fièvre, prenait le sein fréquemment et avec plaisir, mais l'abandonnait brusquement après l'avoir saisi. Lorsqu'on voulait lever, promener, ou déposer le petit garçon, il poussait à chacun de ces mouvements de tels cris de douleur, que la mère et la nourrice osaient à peine le prendre dans leurs bras.

Lorsque l'enfant était couché, on ne remarquait chez lui rien de particulier, sauf de l'élévation de température, principalement à la tête et aux mains, et de l'accélération du pouls; si on le retournait pour l'examiner et, plus encore, si on le soulevait, il paraissait éprouver de la douleur et criait violemment; on le mit au sein devant moi, je le vis saisir avidement le mamelon, et après quelques mouvements de déglutition, l'abandonner. Lorsque le malade était assis, l'attitude de la tête décelait de la raideur et de la gêne; je remarquai en même temps une sorte de plénitude des régions antérieure et latérale du cou, il n'y avait cependant aucune tuméfaction ganglionnaire perceptible; si l'on comprimait le cou, surtout à sa face antérieure, l'enfant paraissait souffrir. La langue était rouge, un peu sèche, le voile du palais, la luette, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx étaient également rouges et toutes ensemble un peu tuméfiées. Les mouvements respiratoires, eu égard à leur rhythme, à leur fréquence et à leur ampleur, ne présentaient pas d'anomalie particulière; toutefois les mouvements produits par les muscles de

la face pendant l'inspiration décelaient un certain degré de dyspnée.

La percussion et l'auscultation, sauf de faibles râles muqueux dans la trachée et les bronches supérieures ne montraient rien d'anormal dans les voies respiratoires; il n'y avait pas de toux; la voix de l'enfant avait quelque chose d'étouffé et de ronflant (schnarrend). Le développement des dents paraissait encore peu avancé, on ne remarquait rien, du moins, qui put faire prévoir l'apparition prochaine des incisives.

Je portai pour le moment le diagnostic d'un catarrhe du pharynx avec affection rhumatismale des muscles du cou; je recommandai des frictions d'huile chaude sur le cou suivies d'enveloppement d'ouate et je fis prendre trois fois par jour $^1/_{12}$ de grain de poudre de racine de belladone.

3 décembre. L'enfant paraissait en somme un peu moins tourmenté par la douleur et l'agitation; l'examen objectif ne me montra pas de changement. Je commençai à admettre la possibilité d'une affection du tissu lamineux post-pharyngien avec tendance à une collection purulente, car la paroi postérieure de l'arrière-gorge paraissait un peu bombée en avant et rapprochée du larynx; je constatai également en introduisant le doigt dans le gosier que la muqueuse de cette région était tuméfiée, sans montrer aucune trace de fluctuation.

Je fis envelopper le cou sur le devant et les deux côtés avec une bande de toile fortement enduite de pommade de digitale.

4 décembre. Tous les symptômes persistaient; la difficulté de respirer et d'avaler paraissait augmentée. J'eus beaucoup de peine à examiner convenablement le pharynx en abaissant la langue, à cause d'une mucosité visqueuse extraordinairement abondante qui remplissait la cavité de l'arrière-bouche et qui s'accumulait toujours de nouveau lorsqu'on cherchait à l'enlever au moyen d'une petite éponge fixée au bout d'une baleine.

Comme cette accumulation de mucus constituait un obstacle évident, bien que secondaire, à la déglutition et à la respiration, je regardai l'administration d'un vomitif comme clairement indiquée; j'avais pour but, à la fois de soulager le malade en évacuant ces matières, et de diminuer l'état catarrhal des muqueuses affectées. Une faible solution d'émétique détermina des vomissements abondants et l'expulsion d'une grande quantité de mucus qui soulagea notablement le petit malade.

5 décembre. Sommeil plus long et plus tranquille pendant la

nuit; les symptômes subjectifs et en partie aussi les symptômes objectifs subirent un amendement favorable; la respiration en particulier devint plus libre, la déglutition fut plus facile que les jours précédents. L'examen de l'arrière-gorge avec le doigt ne montra toutefois aucun changement appréciable.

Cette amélioration ne fut que rapidement passagère; déjà dans la nuit du 5 au 6 décembre, la dysphagie et la dyspnée augmentèrent; l'agitation et la fièvre s'accrurent aussi; pas de symptômes cérébraux.

Depuis le 6 décembre, l'enfant prit une solution de chlorate de potasse 2 grammes pour 60 d'eau, toutes les deux heures une cuillère à thé.

Quelques jours se passèrent de nouveau avec l'apparence trompeuse d'une amélioration commençante; mais le 9, l'état du malade empira, et surtout la copieuse accumulation de mucosité dans le pharynx, rendit la respiration et la déglutition extrêmement difficiles. Un second vomitif procura de nouveau un soulagement temporaire. Rien ne changea dans l'état du pharynx examiné à l'œil ou au moyen du toucher, et la probabilité de l'existence d'un abcès derrière la paroi pharyngienne, devint plus grande: je pus m'assurer en enfonçant le doigt le plus bas possible derrière le larynx, que la tuméfaction et la voussure de la paroi postérieure du pharynx étaient plus prononcées dans cette partie profonde, inaccessible à l'œil, que dans la partie supérieure; je ne sentis encore aucune fluctuation. Du reste le gonflement extérieur du cou avait notablement diminué, et aucune tuméfaction saillante ne pouvait s'apercevoir au côté gauche de cette région.

J'essayai, sans grand espoir de succès, des applications de solution de nitrate d'argent, 20 centigr. pour 8 grammes, au moyen de la petite éponge fixée au bout d'une baleine, sur le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage; le chlorate de potasse fut continué à l'intérieur. Le résultat au bout de cinq jours fut négatif.

Le 15 décembre, on reconnut au côté gauche de la face antérieure du cou une tuméfaction évidente, faisant sa principale saillie vers le premier anneau de la trachée au bord interne du sterno-mastoïdien; je pus sentir dans cette tumeur une fluctuation distincte, lorsque je la pressais fortement en avant au-dessous de l'angle de la mâchoire.

L'application continue de cataplasmes amena au bout de deux

jours une proéminence encore plus grande et une fluctuation plus évidente. Il me sembla également pouvoir sentir de la fluctuation avec le doigt introduit par la bouche, le plus bas possible derrière le larynx. Comme cette exploration occasionnait chaque fois un accès de suffocation chez l'enfant, je ne pus m'assurer positivement d'une correspondance directe entre la tumeur extérieure, et celle qui faisait saillie au devant des vertèbres cervicales; mais je ne doutais cependant pas que cette correspondance ne dût exister.

L'aggravation continue de la dysphagie et de la suffocation avait atteint un si haut degré dans les derniers jours, qu'il fallait remplir l'indication vitale, en sorte que je me décidai, le 17 décembre, avant midi, à ouvrir l'abcès dans le point où il faisait le plus de saillie à l'extérieur du cou : après avoir refoulé la tumeur le plus possible en avant au moyen de la main gauche appuyant d'arrière en avant sur la nuque, j'enfonçai une lancette au bord interne du faisceau sternal du sterno-mastoïdien, à environ trois quarts de pouce au-dessus de la clavicule. La ponction dut pénétrer plus profondément que je ne l'avais présumé, toutefois j'eus la satisfaction de voir s'écouler environ deux onces d'un pus assez épais; les cris de l'enfant et la pression latérale exercée sur la région cervicale favorisaient cet écoulement. Plus encourageante encore fut la circonstance, que pendant l'évacuation du pus la voix de l'enfant devint à la fois plus forte et plus retentissante, la respiration plus profonde et plus libre, et le patient ayant été placé au sein se mit à teter et à avaler à grands traits, sans obstacle et sans douleur.

Les cataplasmes furent maintenus, et il s'écoula encore une certaine quantité de pus; sous l'influence des mouvements de déglutition et de respiration, grâce aussi à la position habituelle de l'enfant sur le côté gauche, j'espérais voir l'abcès se vider entièrement; j'eus lieu de regretter plus tard de n'avoir pas introduit dès le commencement une mèche au fond de l'ouverture que j'avais pratiquée.

Le lendemain de la ponction, 18 décembre, je dus m'absenter, et mon remplaçant constata que l'état de l'enfant continuait à être satisfaisant; le sommeil de la nuit avait été très bon, le sein avait été bien pris, la déglutition et la respiration se faisaient sans difficulté considérable, mais l'écoulement du pus avait à peu près complétement cessé.

Déjà, dans la nuit du 18 au 19 décembre, l'agitation recom-

mença, l'enfant refusa plusieurs fois le sein, respira plus difficilement, bruyamment, habituellement avec la bouche ouverte. Dans la matinée du 19, on ne pouvait méconnaître que l'œsophage et la trachée étaient de nouveau comprimés et rétrécis, et le facies d'un bleu pâle du malade indiquait un obstacle notable à l'oxygénation du sang. Il ne s'écoulait par la plaie, toujours recouverte de cataplasmes, que des gouttes de sang fluide et foncé, pas trace de pus; de petits caillots d'un bleu noirâtre étaient engagés dans la plaie, et le tissu cellulaire sous-cutané environnant l'ouverture, infiltré de sang extravasé et coagulé, formait une tumeur dure bleue-foncée à limites précises, de la largeur d'une pièce de dix groschen. J'avoue que je pensai alors qu'il avait pu se faire au moment de l'ouverture de l'abcès une lésion veineuse importante; ce qui confirmait cette opinion, c'est que dans le cours de la journée l'écoulement sanguin alla toujours en augmentant, malgré l'usage de compresses froides fréquemment renouvelées; l'hémorrhagie ne cessa que le soir sous l'influence d'applications d'une solution étendue de sesquichlorure de fer. Je cherchai à maintenir les forces du malade en lui donnant du bouillon de veau et de petites doses de vin de Hongrie; l'enfant prit le sein à plusieurs reprises.

La nuit suivante, la dysphagie et la dyspnée s'aggravèrent, et à ma visite du matin, le 20 décembre, l'enfant se trouvait manifestement en danger d'étouffer. Entrevoyant encore la possibilité de sauver l'enfant par la trachéotomie, je me disposais à l'emmener avec sa mère à l'hôpital de Béthanie, lorsqu'un violent accès de suffocation amena soudainement la mort sous mes yeux.

Autopsie. Vingt-quatre heures après la mort; les parents ne me permirent que l'examen du cou. Ayant fait une incision verticale à partir du menton jusqu'au sternum, je mis d'abord à découvert le larynx et la trachée, je disséquai ensuite ces organes avec l'œsophage en partant du côté droit, et ayant fait une incision transversale immédiatement au-dessous de l'os hyoïde, je les rabattis, de manière à découvrir entièrement le foyer purulent situé au devant des vertèbres. L'ouverture de l'abcès, faite au moyen d'une incision longitudinale sur la ligne médiane, donna issue à quatre cuillerées d'un liquide puriforme rouge-brun, renfermant plusieurs caillots grands et petits. La cavité de l'abcès avait au moins deux pouces de hauteur, et dans sa plus grande largeur, à la partie inférieure, environ un pouce et demi; elle s'étendait depuis le bord inférieur de la troisième vertèbre cervicale

jusqu'au bord supérieur de la première dorsale; la paroi postérieure était formée par le ligament longitudinal antérieur des vertèbres cervicales, le muscle long du cou, les muscles droits de la tête et scalènes antérieurs; la paroi latérale et antérieure, paraissait formée par l'aponévrose prévertébrale. La cavité, dans toute sa hauteur, se dirigeait plus à gauche qu'à droite de la ligne médiane, et s'étendait en bas sur la gauche, derrière l'œsophage et les gros vaisseaux du cou dans une sorte de cul-de-sac limité en avant par le bord interne et la face postérieure du sterno-mastoïdien. Je m'assurai qu'aucune lésion de vaisseaux importants n'avait eu lieu par l'incision.

Chez ce malade, la tumeur du pharynx est apparue pour la première fois le 3 décembre. A partir de ce jour jusqu'au 17 du même mois, aucun traitement chirurgical n'a été tenté; le phlegmon a donc pu s'étendre de tous côtés durant ces quatorze jours de temporisation. C'est à la vaste étendue de la phlegmasie, et non à l'hémorrhagie ou à l'infection purulente que la mort de l'enfant doit être attribuée; l'incision de la tumeur dans l'arrière-gorge eût probablement prévenu la terminaison fatale.

Voici maintenant un cas d'incision profonde à travers la région antérieure du cou.

OBSERVATION XLV

Du Dr PETRUNTI de Naples

Abcès péri-pharyngien. Incision externe. Guérison.

Un homme rhumatisant a commencé à éprouver de la fièvre avec difficulté de déglutir et de respirer, à la suite de quelque refroidissement. A compter du neuvième jour, ces deux symptômes ont tellement augmenté que le malade ne pouvait pas du tout avaler et éprouvait une difficulté extrême de respirer; il

pouvait à peine ouvrir la bouche, et en l'ouvrant on n'observait rien dans le gosier; la fièvre a revêtu les caractères propres à la suppuration; un œdème s'est manifesté au côté droit du cou, symptôme ordinaire des suppurations profondes. La vie du malade était en danger, la déglutition, même des liquides, impossible; dyspnée intense, orthopnée, anxiété extrême, agitation, menace d'asphyxie. Le mal avait été traité par les uns de croup, par les autres de phlegmon de l'œsophage.

C'est dans cet état, le quatorzième jour de la maladie, que M. Petrunti a vu le malade. L'existence de l'œdème du cou, le déplacement du cartilage thyroïde qui était très saillant en avant, comme si un corps le poussait par derrière, et enfin la déclaration de la dysphagie avant la dyspnée, lui ont fait diagnostiquer un abcès entre le larynx et le pharynx.

M. Petrunti a pratiqué l'opération suivante: il a incisé verticalement les tissus de l'endroit saillant et œdémateux en procédant petit à petit, avec une lenteur étudiée, comme dans une préparation anatomique. Cette incision a porté sur le bord externe du sterno-mastoïdien dans l'étendue d'un pouce et demi. Le chirurgien est arrivé jusqu'à l'œsophage, sans blesser, ni la jugulaire, ni la huitième paire, ni la carotide, ni le nerf récurrent, etc. Arrivé à une certaine profondeur, M. Petrunti a quitté le bistouri et s'est servi d'un couteau d'ivoire. L'œsophage découvert a paru tuméfié et fluctuant; l'opérateur a fixé sur ce point le bout du doigt indicateur et sur son ongle y a glissé la pointe d'un bistouri étroit; il a senti aussitôt que c'est plutôt le doigt que le bistouri qui a pénétré dans une cavité. Il s'en est écoulé une livre de pus. De suite le malade a ouvert la bouche, fait un grand soupir et passé comme par enchantement de la mort à la vie; la déglutition et la respiration ont repris leur cours normal. On a pansé à l'aide d'une bandelette effilée de linge, qui a fait filtrer le reste de la suppuration au dehors. Guérison parfaite après un mois de traitement.

Le diagnostic indiqué par M. Petrunti d'un abcès situé *au devant* du pharynx ne me paraît pas éclairci par la description du manuel opératoire; il semble en effet que le bistouri arrivé sur l'œsophage, traverse la paroi de ce canal pour donner issue au pus; cette supposition n'est guère

admissible; il est probable que le doigt et l'instrument ont contourné l'œsophage, mais nous ne pouvons savoir si c'est par devant ou par derrière.

On peut dire qu'il y a plus que de la hardiesse à tenter une opération fort délicate sur des indices aussi incertains. En dépit de l'habileté de l'exécution et du succès qui l'a couronnée, je pense qu'il eût été préférable d'essayer d'abord si l'incision interne était possible, et pour cela d'explorer le pharynx avec le doigt, avant de se livrer à cette difficile dissection.

L'observation du Dr Hildenbrand est l'unique exemple d'un abcès pharyngien ouvert au moyen des caustiques.

OBSERVATION XLVI

Du Dr HILDENBRAND

Abcès pharyngien ouvert par les caustiques. Guérison.

« Apostema faucium, inter posticum pharyngis parietem et vertebras cervicales clandestine evolutum, paucorum dierum intervallo, eam in molem excrevit, ut omne fere expleverit cavum faucium, omnique momento suffocationem minaretur.

« Collo externo adtentius examinato patuit intumescentia molliuscula et obscure fluctuans inter musculos scalenos lateris sinistri, quam sine mora lapide caustico aduri jussimus, nullam aliam opem aegro superfuturam existimantes nam in frumine nec remotum dehiscentis phymatis indicium, proinde nulla prorsus incisionis amussis habebatur. Ingenti copia puris noctu per erosam plagam profusa, instantaneum sequebatur levamen, vitæ imminens periculum extemplo disparuit, atque paucas post hebdomadas, foro artificiali prorsus consolidato, et faucium via permeabili reddita, pristinam æger adeptus est salutem, Libitinæ sperneus minas. »

Ici encore, l'incision interne eût été plus expéditive et plus rationnelle, car l'auteur parle d'une tumeur molle *remplissant presque la cavité pharyngienne.*

Les quatre exemples d'ouverture pratiquée à travers les téguments externes, appartiennent tous à des tumeurs pour lesquelles l'incision par l'intérieur du pharynx eût probablement été pratiquable; nous ne saurions mieux appuyer cette assertion qu'en rapportant l'observation suivante du Dr Bokai; nous y voyons une tumeur très saillante au dehors, descendant fort bas, fluctuante, ayant sa limite supérieure à la portion la plus inférieure du pharynx, et qui cependant a pu être atteinte et ponctionnée avec succès par la voie interne :

OBSERVATION XLVII

Du Dr BOKAI

Abcès rétro-pharyngien inférieur. Ponction interne au moyen du trocart courbe. Guérison.

J... S..., âgé de huit mois, fut présenté à l'hôpital des enfants le 26 octobre 1857. Au dire de la mère, l'enfant était depuis trois jours extrêmement agité, pleurait continuellement et refusait le sein. Le timbre enroué des cris, la respiration ronflante de ce chétif petit garçon, nous engagèrent à examiner tout d'abord le cou et la poitrine. Nous trouvâmes au côté gauche, à partir de la mâchoire inférieure, jusqu'au milieu du cou, une tuméfaction aplatie, de consistance pâteuse, sans signes extérieurs d'inflammation; les symptômes observés étaient toutefois trop intenses pour qu'ils pussent être attribués à une simple tuméfaction glanduleuse d'origine catarrhale ou de nature scrofuleuse. La tête est inclinée à gauche et un peu en arrière, ses mouvements sont difficiles malgré l'agitation de l'enfant; la bouche est

béante, la langue rouge vif, chaude, un peu sèche; la même rougeur, avec gonflement, s'étend sur toute la muqueuse bucco-pharyngienne. Soit par la vue, soit par le toucher, on ne découvrait rien autre d'anormal dans l'arrière-gorge. La dysphagie, la dyspnée, s'accompagnaient de toux muqueuse; à l'auscultation on trouvait de gros râles muqueux; la percussion était normale. Pas de troubles fonctionnels dans les organes abdominaux. Fièvre intense.

Nous diagnostiquâmes une inflammation catarrhale de la muqueuse bucco-pharyngienne, intéressant le tissu cellulaire sous-muqueux de la région latérale gauche du pharynx et s'étendant à la muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches. Nous manifestâmes nos craintes de voir l'inflammation du tissu post-pharyngien être suivie d'un abcès.

Prescription : applications au moyen d'un pinceau, de solution d'alun sur la bouche et le pharynx, lotions froides répétées sur ces parties; applications froides sur le côté gauche du cou; à l'intérieur, nitre avec tartre stibié à dose réfractée.

Le jour suivant, nous fûmes étonnés de trouver une amélioration marquée dans l'état de l'enfant et nous prescrivîmes la continuation des remèdes. Cette recommandation ne fut pas suivie et nous perdîmes de vue l'enfant. Trois semaines après, le 20 novembre, l'état du malade paraissant s'aggraver, la mère le rapporta.

L'amaigrissement avait fait de notables progrès, le visage était bleuâtre pâle, couvert de sueur froide, les yeux saillants, la pupille dilatée, le regard fixe, la bouche béante, la langue bleue, pendante; la succion tout à fait impossible; l'enfant ne pouvait avaler qu'avec de pénibles efforts quelques gouttes de liquide qu'on lui instillait; les pleurs se manifestaient par un faible gargouillement.

La tumeur du côté gauche du cou avait acquis un volume remarquable et descendait beaucoup plus bas qu'à la première inspection; elle s'étendait depuis le milieu du cou jusqu'à la clavicule et se perdait en arrière vers la nuque; au lieu de l'empâtement perçu primitivement, on pouvait sentir une véritable fluctuation, qui était le plus distincte au centre de la tumeur, sur la carotide; la peau recouvrant la tumeur était bleuâtre; en comprimant fortement toute sa surface, celle-ci diminuait de volume, mais l'agitation et la dyspnée en étaient accrues.

L'inspection du pharynx fournissait peu de données; car même

lorsqu'on déprimait fortement la base de la langue, la cavité pharyngienne paraissait avoir sa capacité normale, l'isthme n'était pas rétréci ; seulement à la partie la plus profonde, l'œil pouvait constater indistinctement une voussure anormale. J'introduisis rapidement le doigt le plus profondément possible à l'entrée de l'œsophage, et pus percevoir cette voussure; elle était constituée par une tumeur molle, dépressible, placée en arrière de l'épiglotte, s'étendant profondément en bas; si avec l'autre main on appuyait sur la tumeur extérieure, le doigt resté dans le pharynx percevait une résistance plus dure et la sensation de la fluctuation. La pression sur le larynx augmentait la dyspnée: nous ne constatâmes toutefois aucun déplacement du larynx, ni de la trachée.

L'état du petit patient nous faisait un devoir pressant de faire disparaître le plus tôt possible l'obstacle à la respiration; sans nous dissimuler les difficultés qui nous attendaient en essayant d'ouvrir artificiellement l'abcès par la voie interne, nous nous décidâmes cependant à tenter cette opération, espérant délivrer ainsi plus rapidement l'enfant du danger qui le menaçait. Nous nous réservâmes de pratiquer l'incision par les téguments externes, dans le cas où la première méthode aurait échoué, voulant éviter le danger de la lésion des vaisseaux du cou, que le second procédé nous aurait offert, quelques précautions que nous eussions prises,

Après avoir convenablement placé l'enfant, un premier essai d'ouverture interne fut fait au moyen du bistouri. Cet essai ne réussissant pas, nous prîmes le poinçon d'un trocart courbe, guidés par l'index de la main gauche que nous avions introduit jusqu'à la limite supérieure de la tumeur, nous enfonçâmes l'instrument en arrière et en bas, en décrivant un arc de cercle pendant que nous engagions un aide à presser sur la tumeur du cou en arrière et en haut. Cette tentative réussit complétement, une grande quantité de pus épais s'échappa par la bouche, et la pression extérieure en amena encore en abondance; un vomissement survint et facilita l'évacuation du pus; la dyspnée et la dysphagie diminuèrent aussitôt, l'enfant put prendre le sein et l'état général s'améliora visiblement.

Le jour suivant nous fîmes sortir encore une certaine quantité de pus par la pression extérieure. Dès lors, la tuméfaction du cou diminua de plus en plus, ainsi que l'écoulement purulent. Au commencement de décembre la suppuration cessa entière-

ment, et maintenant, fin de décembre, l'aspect général de l'enfant a subi une notable amélioration.

Cet abcès, qui a mis un mois à se former et dont les dimensions sont des plus considérables, offrait pour l'opération par ponction interne de véritables difficultés ; néanmoins le chirurgien n'a pas hésité à agir, dès que le malade lui a été présenté. Bien que l'ouverture artificielle soit restée plusieurs jours béante, et que dans une poche aussi saillante et de consistance molle, il y eût nécessairement un décollement considérable de la paroi antérieure du foyer, aucun des inconvénients si redoutés des théoriciens n'est venu entraver la marche de la convalescence. Ni l'air, ni les boissons n'ont joué le rôle de corps irritants dans cette vaste poche purulente ; le pus n'a pas formé de clapiers dans les parties déclives, et cependant l'ouverture artificielle était située au niveau de la limite supérieure de l'abcès.

La ponction, ou l'incision de la paroi postérieure du pharynx ont été pratiquées sur 51 malades (je ne compte pas dans ce nombre l'individu de l'obs. XXXVII qui, tourmenté par la dyspnée et l'impossibilité d'avaler, s'enfonça lui-même un couteau dans la gorge et mourut d'hémorrhagie sans avoir réussi à ouvrir son abcès).

Sur ces 51 sujets, 46 ont guéri, 5 sont morts. La cause de la mort de ces 5 malades fut, chez deux d'entre eux, le caractère gangréneux du phlegmon; chez un autre l'extension profonde de l'abcès; lors de l'ouverture, le pus avait déjà envahi le médiastin postérieur et donné lieu à une pleurésie purulente (obs. Mœller). Chez un troisième, l'abcès s'était évidemment reformé par suite de l'occlusion

de la plaie d'incision; une seconde opération eût probablement prévenu la mort (Bobe Moreau). Le dernier, enfin, est mort parce que l'ouverture a été pratiquée trop tardivement ; il s'agit d'un petit malade déjà épuisé, et arrivé presqu'au dernier degré du collapsus. Ce fait présente plusieurs circonstances intéressantes :

OBSERVATION XLVIII

Du Dr WINTERNITZ

Abcès de la paroi postérieure du pharynx. Ponctions multiples. Mort.

Clémentine E., âgée de 5 1/2 mois, neuvième enfant de parents bien portants, fut atteinte de coqueluche à l'âge de trois mois. Cette affection se dissipa au bout de six semaines, sans avoir gravement troublé la santé. On remarqua seulement, depuis ce temps, que la respiration de l'enfant avait un caractère râlant particulier.

Dans la soirée du 13 avril, l'enfant présenta subitement les accidents suivants : face pâle, yeux excavés et cernés, 30 respirations par minute, avec râles nombreux dans le larynx et dans le nez ; région laryngée sensible ; cavité buccale remplie de mucosités visqueuses ; tête renversée en arrière ; tissu cellulaire sous-cutané œdématié ; difficulté extrême de la déglutition, refus de teter ; extrémités froides, pouls à 130. Cet état dura environ trois quarts d'heure. A la suite de vomiturítions produites par une irritation mécanique du pharynx, la gêne de la respiration et de la déglutition se dissipa, l'œdème des parties latérales du cou disparut et tout rentra dans l'ordre. L'enfant continua cependant, jusqu'au jour de sa mort, c'est-à-dire pendant dix-huit jours, de présenter une respiration râlante et sifflante.

Trois jours après le premier accès, on en observa un autre semblable qui se passa de même. Pendant tout ce temps libre jusqu'au quatorzième jour de la maladie, la déglutition se faisait

bien et les symptômes respiratoires étaient seuls de nature à attirer l'attention.

A partir du quatorzième jour, l'enfant éprouva de la difficulté à teter et présenta en même temps des vomituritions ; on sentit avec le doigt, sur la paroi postérieure du pharynx et à droite, une tumeur élastique du volume d'une noisette. Deux jours plus tard, cette tumeur était également accessible à la vue et présentait une fluctuation manifeste. M. Winternitz voulut ouvrir l'abcès, mais les parents s'y refusèrent pendant deux jours, durant lesquels l'embarras de la respiration et de la déglutition s'aggrava de plus en plus, et à tel point que l'enfant tomba à plusieurs reprises dans le coma. Ayant alors obtenu le consentement des parents, M. Winternitz incisa l'abcès, qui donna issue à du pus de bonne nature. A la suite de l'opération, l'enfant parut soulagé, il teta et dormit d'une manière satisfaisante.

Au bout de six heures, les accidents reparurent cependant avec une nouvelle intensité. Une seconde ponction faite avec un trocart, ne donna que quelques gouttes de pus. Le lendemain au soir, nouvel accès de suffocation, encore plus violent que les précédents, pendant lequel l'abcès se rouvrit spontanément et donna issue à une assez grande quantité de pus sanguinolent. Tous les accidents disparurent presque aussitôt; la respiration devint également moins râlante. Le lendemain, dans la matinée, autre accès suivi dans la soirée, d'une nouvelle évacuation spontanée, peu abondante d'ailleurs. Le soulagement qui lui succéda ne fut que très passager et l'enfant mourut dans la nuit. L'autopsie ne put être faite.

Durée, 19 jours.

Cette observation est celle qui offre de la manière la plus tranchée le caractère paroxistique de la dyspnée et même de la dysphagie, cette intermittence est si marquée dans les 14 premiers jours de la maladie, que, sauf l'altération du timbre de la respiration, tous les symptômes disparaissent, une fois les accès passés.

C'est le second exemple de mort occasionnée par le refus des parents d'autoriser à temps l'intervention chirurgicale ; lorsque les chirurgiens sauront poser la question franche-

ment et carrément, telle qu'elle doit être posée, comme une question de vie ou de mort, de pareils exemples ne s'observeront plus. Il y a lieu de blâmer aussi le Dr Winternitz d'avoir employé le trocart pour la seconde opération, et de n'avoir pas cherché à obtenir une ouverture assez large pour éviter autant que possible les chances de fermeture prématurée de la plaie.

Voyons maintenant les procédés employés pour pratiquer l'ouverture interne des abcès rétro-pharyngiens.

Chez quatre sujets l'opération fut entravée par de sérieuses difficultés :

Dans l'observation XX, Lœwenhardt, gêné par l'agitation de l'enfant, croit enfoncer son trocart à la profondeur de 4 lignes dans la tumeur, et ne voit que des gouttelettes de sang s'écouler par la canule ; contrarié par l'opposition d'un confrère et des parents du malade, le chirurgien ne renouvelle pas ses tentatives et voit mourir l'enfant le surlendemain. L'autopsie découvre un large foyer purulent à parois minces, logé à la partie postérieure et supérieure du pharynx.

Une autre fois, le Dr Priou essaie vainement chez un adulte de faire pénétrer au fond de la gorge une lancette fixée sur un manche en bois (obs. XL). Le gonflement, les mouvements involontaires de la langue avaient violemment repoussé l'instrument. Le lendemain l'opération réussit au moyen du pharyngotome. Le Dr Bokai (obs. XLVI) employa dans une circonstance semblable le poinçon d'un trocart et le professeur Henoch un ténotome courbe.

OBSERVATION XLIX

Du Prof. HENOCH

Abcès rétro-pharyngo-œsophagien. Deux ponctions. Guérison.

Un petit garçon, âgé d'un an, fut apporté le 15 janvier à ma polyclinique, il était malade depuis 14 jours, avait eu de la fièvre et de la difficulté d'avaler, de telle sorte que chaque fois qu'il saisissait le sein de sa mère, il devait l'abandonner ; il s'affaiblissait de jour en jour. Dans les derniers jours, l'allaitement était devenu absolument impossible, et l'enfant était arrivé à un extrême degré de faiblesse. La toux était survenue quelques jours après les premiers symptômes de fièvre et de dysphagie. Un médecin avait suivi l'enfant durant 14 jours environ, mais n'avait pas une seule fois inspecté l'arrière-gorge. L'enfant avait pris plusieurs vomitifs, probablement pour débarrasser le gosier d'une quantité notable de mucosité qui s'y accumulait.

A notre première inspection, nous constatons une grande dyspnée, la respiration n'était point sifflante, mais faisait entendre un râle dont la cause nous fut aisément expliquée par l'examen du pharynx; celui-ci était en effet rempli de mucus qui se montrait par gros flocons au fond de la gorge chaque fois qu'on essayait de l'examiner, et rendait tout à fait impossible la vue de la muqueuse. Je remarquai à l'extérieur un gonflement anormal de la portion latérale et supérieure du cou, sans turgescence des veines de cette région. Le toucher du pharynx ne me fit d'abord rien découvrir du tout; le doigt percevait la paroi supérieure de cette cavité, solidement appliquée contre la colonne vertébrale. J'étais prêt à renoncer à la supposition que j'avais faite de l'existence d'un abcès dans ce point, lorsqu'enfonçant profondément le doigt plus bas que la hauteur de l'épiglotte, non sans provoquer une grande suffocation chez l'enfant, je sentis très distinctement une tumeur implantée sur la paroï postérieure du pharynx, à l'endroit où commence l'œsophage. La tumeur avait à peu près le volume d'une noix, était tendue et fluctuante. La voix de l'enfant était conservée, l'arrière-gorge, ainsi que les amygdales, rouges, on n'apercevait nulle part d'enduit anormal.

Vu la faiblesse de l'enfant, son impossibilité de prendre le sein, et vu les accès de suffocation reparaissant surtout la nuit pendant le décubitus horizontal, le cas ne me paraissait pas devoir subir de délai et je tentai aussitôt l'incision; je dus la faire avec un bistouri droit, n'en ayant pas d'autre sous la main, et je l'enveloppai de sparadrap jusque vers la pointe. Cette tentative échoua à cause de la situation profonde de la tumeur; je fis reporter le malade à la maison en prescrivant des cataplasmes et des injections d'eau tiède.

Le jour suivant, les symptômes s'étaient encore accrus; la tumeur était plus tendue mais ne proéminait pas davantage; je réussis cette fois à l'ouvrir en me servant du ténotome courbe de Dieffenbach. J'enveloppai cet instrument jusque vers la pointe avec du papier mouillé; introduisant l'index gauche jusqu'au dessus de l'épiglotte, de manière à toucher la partie supérieure de l'abcès, je conduisis le ténotome le long de ce doigt et l'enfonçai profondément en cherchant à éviter l'épiglotte et les parties voisines; un gros flot de pus s'échappa par le nez et la bouche, aussitôt l'enfant respira plus librement et la nuit qui suivit se passa très bien, le malade put facilement prendre le sein. La tumeur extérieure du cou avait disparu.

Je ne constatai le jour suivant que de la turgescence de la muqueuse, l'enfant prit un purgatif pour combattre la constipation.

L'incision avait été faite le 16 janvier; le 18 on me rapporta le petit patient, atteint d'une nouvelle exacerbation de son mal; je constatai que la tumeur s'était remplie de nouveau, probablement parce que la plaie avait été trop étroite ou s'était refermée. Je dus renouveler l'opération en provoquant encore une violente dyspnée; il s'écoula environ deux cuillerées de pus épais, crémeux, et il s'ensuivit une amélioration notable. Durant la nuit suivante, l'enfant rejeta encore des amas de pus en toussant et en vomissant.

Le jour suivant la respiration était bonne, l'appétit et la faculté de teter étaient complétement revenus, la guérison était complète le 22 janvier.

On voit par cet exemple combien il importe de ne pas se laisser décourager par la difficulté d'atteindre la tumeur avec le doigt et combien il est nécessaire d'agir, lors

même qu'on n'a pu apprécier, ni le volume, ni la consistance, ni la nature intime de la tumeur.

Ces quatre cas sont les seuls dans lesquels le manuel opératoire ait éprouvé quelques difficultés ; le plus souvent il est facile de faire ouvrir la bouche, même aux petits enfants, et l'on arrive toujours à enfoncer le doigt jusqu'au point saillant de la tumeur pour guider l'instrument.

Le bistouri enveloppé de linge, le trocart droit ou courbe, les ciseaux, le pharyngotome ont été tour à tour employés. Nous venons de voir les instruments courbes réussir quelquefois là où le bistouri droit avait échoué ; mais dans la généralité des cas, le choix de l'instrument est de minime importance.

L'incision le plus souvent verticale, est quelquefois oblique ou même transversale, mais je ne vois pas que ces directions différentes données à la plaie soient utiles pour prévenir l'occlusion prématurée de l'ouverture.

On a recours quelquefois à des corps mousses pour ouvrir les abcès ; cette pratique remonte déjà aux temps anciens ; Amatus de Portugal et son cierge, Guy de Chauliac et son morceau de viande attaché à un fil sont fréquemment cités par les érudits. Chez nos malades on a réussi deux fois à ponctionner l'abcès avec le doigt seul, une fois avec le manche d'une cuillère, et chez un sujet dont la tumeur n'avait été ni vue, ni diagnostiquée, l'ouverture se fit pendant l'introduction d'une sonde œsophagienne (obs. XXVI). Les essais avec l'ongle ont par contre fréquemment échoué ; il y a donc lieu de repousser cette pratique, car elle expose le sujet sans aucun avantage à une souffrance répétée.

Quatorze fois chez nos 51 malades, la première ponction n'a pas suffi ; sur 11 sujets, il a fallu pratiquer une se-

conde incision ; chez 4 malades, on a dû perforer trois, quatre et jusqu'à cinq fois.

C'est presque toujours dans les deux ou trois jours qui suivent immédiatement la première opération, que l'incision secondaire a dû être faite. Desault (obs. XVIII) procéda même à l'agrandissement de sa première ouverture peu d'instants après l'avoir pratiquée, trouvant dès le premier moment que pour une poche très vaste, une large incision était indispensable. Chez les autres malades les incisions secondaires furent nécessitées par l'occlusion de la première ouverture, soit que celle-ci eût été trop étroite, soit que l'action des constricteurs eût provoqué le rapprochement prématuré des lèvres de la plaie.

Le bistouri pointu ou boutonné, les ciseaux recourbés, le doigt, la sonde cannelée ont tour à tour été employés pour ces incisions secondaires.

Remarquons du reste que les symptômes se montrent en général avec une intensité moindre lorsque l'abcès se reforme après une première ponction. L'observation XIII du prof. Henoch est cependant une exception à cette règle.

Nous avons déjà cité un cas (obs. XIV) où le malade a subi successivement l'incision interne, puis l'incision externe ; c'est un exemple d'abcès ganglionnaire à marche lente.

Pour rendre compte d'une manière complète des différentes opérations auxquelles nos malades ont été soumis, je dois mentionner encore l'œsophagotomie. Il va sans dire que cette grave opération ne peut être indiquée que dans des circonstances tout à fait spéciales et difficiles à prévoir ; je me contenterai donc de rapporter l'observation.

OBSERVATION L

Du Dr CRÉQUY

Corps étranger de l'œsophage. Abcès rétro-pharyngien. Œsophagotomie. Mort. Autopsie.

Le 28 juillet 1854, entrait à la maison municipale de santé, service de M. Monod, une petite fille, âgée de trois ans et demi.

Deux jours avant son entrée, elle avait avalé une pièce de un franc que plusieurs personnes aperçurent au fond de l'arrière-gorge; l'une d'elles l'enfonça plus profondément, et dès lors il fut impossible de la voir, ni de la toucher. M. Demarquay introduisit la sonde de Græfe dans l'œsophage; il fut arrêté à la partie inférieure du cou par un obstacle qu'il parvint à franchir en forçant un peu; mais en retirant l'instrument, le double crochet glissa sur l'obstacle, et cette tentative d'extraction fut inutile. Il en fut de même de trois autres faites à deux ou trois jours d'intervalle; elles n'eurent d'autre résultat que de déterminer l'expulsion d'une grande quantité de salive mêlée d'un peu de sang, et de faire souffrir la malade.

5 août. Nouvelles tentatives avec la sonde de Græfe et les pinces œsophagiennes, aussi infructueuses que les précédentes. La situation de l'enfant allait toujours s'aggravant; l'oppression était considérable, la déglutition très difficile; la salive était mêlée de pus.

C'est alors que M. Demarquay, aidé de MM. Monod et Denonvilliers, et après avoir bien senti la position exacte de la pièce de monnaie, se décida à pratiquer l'œsophagotomie, qu'il exécuta de la manière suivante: une incision est faite sur les parties latérales gauches du cou, immédiatement au devant du bord antérieur du sterno-mastoïdien, qui sert de point de repère. Cette incision part d'un centimètre et demi au-dessous de l'angle de la mâchoire, et s'étend jusqu'à la partie inférieure du cou. La peau incisée, on aperçoit la veine jugulaire antérieure qui présente un volume considérable. Au moyen d'un crochet, un aide l'attire vers la ligne médiane. Pénétrant plus profondément en

coupant le tissu cellulaire avec le bistouri ou le déchirant avec la sonde cannelée, on arrive sur les muscles de la région sous-hyoïdienne. Les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien sont attirés en dedans avec le même crochet qui protége la veine, l'omoplat-hyoïdien est refoulé en haut; on aperçoit alors le cartilage thyroïde et la trachée artère. Un second aide écarte en dehors la carotide primitive, la jugulaire interne et le pneumo-gastrique protégés par leur gaine commune demeurée intacte. La sonde cannelée préserve les filets du nerf récurrent; on arrive alors sur l'œsophage qui est saisi au moyen d'une pince; une légère traction détermine une petite déchirure de ce canal. Cette ouverture, agrandie par le bistouri, laisse apercevoir le corps étranger qui est extrait au moyen d'une pince à dents.

La plaie est recouverte d'un linge cératé, de charpie et de compresses. On prescrit du bouillon et de l'eau gommée d'heure en heure.

6 août. La petite malade souffre peu; il n'y a pas d'agitation; la respiration est assez facile; le pouls bat 120 pulsations.

L'enfant est très-affaiblie, ce qui paraît tenir moins à l'opération qu'à la longue inanition à laquelle elle a été soumise. En effet, depuis huit jours, elle n'a pu prendre aucun aliment solide, la déglutition des liquides est seule possible. Malheureusement, les boissons absorbées par la bouche sortent en grande partie par l'ouverture faite à l'œsophage. Pour éviter cet inconvénient, M. Demarquay établit une sonde à demeure dans ce canal, et c'est par ce moyen qu'on essaye de nourrir l'enfant avec du bouillon, de l'eau de gruau et du laitage, mais c'est en vain, il survient des mouvements de régurgitation suivis du rejet des aliments par la plaie faite à l'œsophage; celle-ci reste béante et devient fétide.

7 août. L'état de la malade n'a pas sensiblement changé; le pouls est cependant un peu plus fréquent et bat 135 pulsations. On entend une espèce de gargouillement à la partie inférieure du cou; ce phénomène qui rappelle ce qui s'est passé chez l'autre malade, fait supposer une cause analogue, c'est-à-dire un abcès du médiastin.

La plaie conserve le même aspect; on continue le même régime. Le soir, les symptômes se sont aggravés; la respiration est difficile, le bruit de gargouillement est plus prononcé, la malade est plus faible.

8 août. La prostration est plus grande, les traits sont alté-

rés; le facies exprime un profond abattement. Le mal empire dans la journée, et l'enfant succombe dans l'après-midi.

Autopsie. Une incision faite sur la ligne médiane de la poitrine pénètre dans le médiastin antérieur et la plèvre droite. Celle-ci contient une petite quantité de liquide trouble, dans lequel nagent quelques flocons d'apparence caséeuse. L'incision prolongée en haut se continue avec celle que l'on a pratiquée pendant la vie. La dissection des diverses couches qu'a intéressées cette dernière permet de constater que les gros vaisseaux et les nerfs du cou n'ont subi aucune lésion. Ceci reconnu, on divise le maxillaire inférieur et le plancher buccal sur la ligne médiane; la trachée, le larynx et la paroi antérieure de l'œsophage sont également incisés dans toute leur longueur. Cette dissection permet de reconnaître ce qui suit : la plèvre gauche et le poumon correspondant n'ont subi aucune altération. Sur les parties latérales gauches du larynx existe un petit abcès qui ne paraît avoir aucune communication avec le foyer principal (abcès de voisinage). Au niveau du bord supérieur du larynx, un peu à gauche, existe sur la paroi postérieure du pharynx une ouverture d'environ un centimètre et demi de longueur; les bords en sont noirâtres, et présentent un aspect gangréneux. Cette ouverture, probablement déterminée par la pression du corps étranger, fait communiquer la cavité du pharynx avec un abcès situé au devant de la colonne vertébrale, et qui après avoir disséqué la paroi postérieure du pharynx et la partie supérieure de l'œsophage, s'est ouvert dans la plèvre droite au niveau de la racine du poumon. Au-dessous du larynx, la paroi postérieure de l'œsophage est légèrement bleuâtre, et présente encore plusieurs perforations : l'une, située à gauche, a été faite pendant la vie pour extraire le corps étranger ; deux autres situées l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la bronche droite, communiquent librement avec le foyer purulent. Ces diverses lésions donnent à cette paroi une apparence criblée.

Les autres organes n'ont subi aucune altération appréciable.

On trouve dans le mémoire de Lavacherie sur l'œsophagotomie plusieurs observations relatives à cette opération; l'issue en est rarement heureuse, il faut donc la réserver comme suprême ressource; l'indication une fois positive-

ment tracée, on doit procéder sans délai à l'opération, car les progrès du mal sont singulièrement rapides.

Je vais maintenant exposer les règles que l'étude attentive des faits me paraît devoir tracer pour le traitement des abcès de la région postérieure du pharynx.

Pendant la première période de la maladie, période que nous avons appelée *angineuse,* il n'est pas possible d'avoir recours aux moyens chirurgicaux, et bien que nous ne connaissions pas d'exemples de terminaison par résolution, il n'en faut pas conclure que cette terminaison ne puisse avoir lieu. C'est donc à provoquer la résolution de l'inflammation que doivent tendre les moyens thérapeutiques.

Le peu de succès des émissions sanguines générales ou locales, malgré leur emploi fréquent et abondant, me paraît les devoir faire proscrire entièrement de notre thérapeutique ; même les scarifications de la muqueuse, même la saignée de la veine ranine recommandée par quelques médecins modernes, entre autres par Aran, dans les inflammations de la cavité bucco-pharyngienne, n'ont pas fait leurs preuves dans l'affection qui nous occupe, et je craindrais en les employant de risquer d'augmenter l'œdème guttural et laryngé.

Les applications froides, les gargarismes d'eau froide ou même glacée sont, je crois, indiqués dans cette première période de la maladie ; elles auront pour effet, sinon de faire disparaître l'inflammation, au moins de la circonscrire dans un plus petit espace ; il va sans dire que ces gargarismes froids doivent être très fréquemment répétés et qu'on peut leur substituer l'introduction dans la bouche de petits morceaux de glace.

Chez les très jeunes enfants, il faudra remplacer les

gargarismes par des injections ou des lavages d'eau froide, et badigeonner par intervalles le pharynx avec une faible solution d'alun (Bokai).

Un autre résolutif, plus énergique encore, mais qui n'a pas été employé dans les phlegmons profonds du pharynx, pourra rendre aussi d'utiles services, si l'on en juge d'après les succès observés dans un grand nombre d'affections inflammatoires, et spécialement dans la glossite et l'amygdalite; je veux parler des lotions directes sur la muqueuse avec la teinture d'iode pure.

Voici comment le professeur Demme, de Berne, applique ce médicament[1]:

« On commence par isoler autant que possible la région malade au moyen de bourrelets de coton destinés à recueillir le surplus de la liqueur ou les mucosités. On nettoie la surface muqueuse avec un pinceau, puis, rapidement, avec un autre pinceau large et doux, on étend la teinture d'iode concentrée (4 grammes pour 30) sur la membrane. Il faut continuer l'application, en essuyant de temps à autre la surface, jusqu'à ce que celle-ci ait acquis une coloration brune intense. On recommence ordinairement toutes les 24 heures; dans les cas graves de diphthérie ou de gangrène, nous avons fait deux badigeonnages par jour. »

Si la région cervicale offre de la tuméfaction, si les glandes sous-maxillaires sont engorgées, il faudra étendre la teinture d'iode sur la région latérale du cou.

Nous avons peu de choses à dire des médicaments internes, sinon qu'ils peuvent répondre à diverses indications, variables suivant les cas. Les vomitifs, par exemple, si souvent employés et dont encore à l'heure qu'il est on fait

[1] H. Demme, Schweiz. Zeitschrift f. Heilkunde, vol. II, p. 93. Berne, 1863.

un grand abus dans la thérapeutique des maladies des enfants, les vomitifs, dis-je, ne peuvent guère remplir qu'une seule indication, celle de provoquer l'expulsion du mucus abondant qui recouvre la cavité bucco-pharyngienne; ainsi que le remarque le Dr Bokai, ce n'est pas ici comme dans le croup ou la diphthérie du pharynx: dans ces deux affections les efforts de vomissement peuvent expulser mécaniquement l'enduit plus ou moins mobile qui tapisse la membrane muqueuse; lorsqu'il s'agit d'un abcès du pharynx, rien ne peut faire supposer que ces mêmes efforts aient pour résultat l'ouverture de l'abcès et l'évacuation de son contenu. Quant à l'action expectorante des émétiques sur le mucus buccal, cette action est toute temporaire, et la sécrétion reparaît presque aussitôt après que les vomissements ont cessé. Nous pensons donc qu'il faudra réserver les émétiques pour les cas où la dyspnée serait évidemment aggravée par un encombrement de mucus dans l'arrière-bouche, et pour les malades atteints de complications du côté des organes thoraciques.

Je n'ai rien à ajouter au sujet des autres remèdes internes dont l'emploi sera réglé d'après les indications spéciales à chaque malade.

Une fois la période de suppuration arrivée, les applications froides ou résolutives ne sont plus à leur place, et le moment est venu de recourir sans hésiter à l'instrument tranchant.

Pour faciliter l'opération, un seul chirurgien, M. Giraldès, recommande l'emploi du chloroforme; le malade, dit-il, doit être anesthésié *à fond*[1]; on va voir cependant que

[1] Leçons clin. sur les maladies chirurgicales des enfants. Paris, 1868, 3me fascicule, p. 366.

l'exemple du malade de M. Giraldès est peu fait pour encourager les chirurgiens à se servir des anesthésiques :

OBSERVATION LI

De M. GIRALDÈS

Abcès rétro-pharyngien. Chloroformisation. Trachéotomie. Mort. Autopsie.

Une petite fille âgée de deux ans, est entrée il y a une quinzaine de jours, au n° 31, salle Ste-Pauline, elle porte une tumeur rétro-pharyngienne. Cette enfant avait été amenée la veille de son admission à la consultation ; sans chercher à préciser le diagnostic et me confiant aux indications vagues des parents, je pensai à une hypertrophie de l'amygdale droite.

L'enfant avait une gêne notable de la respiration ; les moindres cris, les efforts les plus légers la rendaient cyanosée. Je constatai avec le doigt la tuméfaction et j'introduisis l'amygdalotome, car l'exploration de la gorge avec l'abaisse-langue avait été impossible. Mais avant même que je fusse parvenu à placer l'instrument sur la tumeur, l'état asphyxique de la petite fille me forçait à remettre l'opération, s'il y avait lieu, au lendemain ; je voulais, d'ailleurs, examiner soigneusement l'enfant, car il me restait des doutes sur la nature réelle de l'affection.

Le matin suivant, nous eûmes quelques renseignements du Dr Hallé qui voyait l'enfant depuis plusieurs jours et avait, lui aussi, constaté les phénomènes asphyxiques.

Primitivement on avait pensé au croup en raison de la dyspnée et des accès de suffocation. Un grand nombre de vomitifs, quinze, je crois, furent administrés successivement, et toutefois sans résultat sérieux. M. Hallé, à cette phase de la maladie, vit naître une véritable tumeur au fond de la gorge, en arrière du pilier postérieur droit, tumeur qui correspondait extérieurement à une tuméfaction mal circonscrite vers le rebord du maxillaire inférieur.

Une première tentative d'exploration du pharynx, après chlo-

roformisation, fut brusquement interrompue par les mêmes symptômes d'étouffement, de cyanose.

Cependant, j'avais pu sentir, à la partie postérieure du pharynx, une tumeur arrondie, lisse, sans trace de fluctuation. La nuit fut mauvaise, il survint un nouvel accès de suffocation. Dans les intervalles, la respiration était saccadée, fréquente, et s'accompagnait de ce bruit particulier que l'on note toutes les fois qu'il y a un obstacle à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires. L'enfant s'endormait-elle, ces symptômes revêtaient un caractère plus alarmant encore. Il en était de même dans les efforts de déglutition.

Laissée trois jours consécutifs en observation, nul changement favorable ne se montra. Cet état stationnaire en apparence, contribuait à déprimer l'enfant, à éteindre peu à peu ses forces et sa résistance à la maladie. Il fallait agir. Aussi jeudi dernier, en dépit de l'insuccès de la première chloroformisation, j'endormis de nouveau la malade, espérant enfin trancher la question de diagnostic que jusqu'alors j'avais prudemment (!) réservée, tout en inclinant à croire qu'il y avait un abcès. De plus, en raison du gonflement ganglionnaire extérieur, j'avais prescrit l'huile de foie de morue.

Quelques inhalations de chloroforme ayant à peu près étourdi l'enfant, j'introduisis promptement le doigt, et, cette fois, je trouvai la tumeur fluctuante. La ponctionner était urgent, et tandis que l'on préparait le trocart, la malade s'étant réveillée, je lui administrai de nouveau le chloroforme. A peine avais-je commencé que la face devint bleue, cyanosée, les veines du cou se gonflèrent, la respiration s'arrêta.

Immédiatement l'enfant fut disposée pour la trachéotomie, qui fut faite instantanément. Les différentes scènes de ce drame opératoire se sont succédé plus vite que je ne mets de temps à les décrire.

Dans l'opération de la trachéotomie, par suite même des circonstances où elle était pratiquée et de l'épaisseur de la couche graisseuse sous-cutanée qui nécessita l'agrandissement de la plaie, l'incision intéressa le cartilage cricoïde. L'enfant revint immédiatement à elle ; les fonctions respiratoires et circulatoires se rétablirent. Dans la journée il sortit par la bouche une certaine quantité de pus. Le lendemain la tumeur avait disparu. Néanmoins, la santé générale était profondément altérée, grâce à l'état asphyxique qui durait depuis une quinzaine de jours.

Aussi l'enfant mourut-elle au bout de trois jours après avoir offert des symptômes de pneumonie.

A l'autopsie qui ne put être faite que très incomplétement, les poumons étaient indurés ; à la coupe ils avaient l'aspect du poumon cirrhosé, amyloïde. La muqueuse trachéale était blanchâtre, anémiée. Je ne pus examiner que superficiellement le point malade, et dus me contenter de plonger le doigt dans la bouche du cadavre déjà placé dans son cercueil, et je sentis une masse indurée, pâteuse et d'un volume beaucoup moindre que celui qu'elle avait lors des explorations précédentes.

Le dénoûment tragique de ce *drame opératoire* eût probablement été évité si le chirurgien eût mis moins d'insistance à voir venir la classique et malencontreuse fluctuation ; plusieurs jours ont été perdus dans cette attente et l'état de la malade a gravement empiré.

Je ne puis m'expliquer non plus, pourquoi tout étant préparé pour la ponction de l'abcès, une crise de suffocation de la malade a pu modifier les indications au point de faire procéder immédiatement à la trachéotomie.

Les deux chloroformisations ont donné lieu aux mêmes symptômes : aggravation de la dyspnée, cyanose, arrêt de la respiration, ou, en d'autres termes, paralysie des nerfs respirateurs, asphyxie. Il y aura donc toujours imprudence à recourir aux inhalations anesthésiques dans une maladie qui déjà par elle-même (M. Giraldès l'affirme lui-même) a pour effet de paralyser les nerfs laryngés.

On sait que sous l'influence du bromure de potassium la sensibilité réflexe du voile du palais, de la base de la langue et du pharynx est assez rapidement abolie; il y aurait donc avantage à essayer l'emploi de ce médicament, pour faciliter l'exploration du pharynx et l'introduction du bistouri.

On ne saurait repousser avec trop d'insistance le conseil

donné par plusieurs médecins d'attendre l'ouverture spontanée des abcès, ou même de temporiser jusqu'à ce que la tumeur offre une fluctuation évidente ; les exemples sont là pour prouver qu'il y a toujours danger de mort par asphyxie durant les paroxysmes de dyspnée qui surviennent chez la plupart des sujets ; et d'autre part, tant qu'on laisse le processus inflammatoire poursuivre sa marche envahissante, le malade s'avance rapidement vers le moment où une opération tardive ne peut plus prévenir la mort.

Laissant de côté l'œsophagotomie qui, ainsi que nous l'avons dit, repose sur des indications spéciales impossibles à prévoir, nous avons à choisir entre trois méthodes opératoires : l'incision interne, l'incision externe et la trachéotomie, et à rechercher s'il existe des indications particulières pour l'une ou l'autre de ces opérations.

Si la tumeur est perceptible à la vue, et surtout au toucher, il suffit qu'elle soit centrale, douloureuse, non pulsative, qu'elle donne lieu à la rigidité du cou, à la dyspnée et à la dysphagie, pour qu'on doive l'ouvrir directement et sans délai. Si la tumeur est latérale, le chirurgien ne devra temporiser que lorsque les symptômes qu'elle occasionne n'offrent pas de gravité ; dès qu'elle aura atteint la ligne médiane, elle devra être ponctionnée.

La crainte de l'hémorrhagie ne doit jamais retenir la main du chirurgien, s'il est sûr de son diagnostic et s'il a soin, en enfonçant l'instrument dans le pharynx, de ne pas s'éloigner de plus de trois ou quatre millimètres de la ligne médiane. Je n'ai pas rencontré un seul exemple d'hémorrhagie à la suite de l'incision d'un phlegmon rétro-pharyngien ; on ne peut en effet compter comme des accidents opératoires le fait de M. Rendu dans lequel le malade armé lui-même du couteau s'en laboure l'arrière-gorge, ni

le fait de M. Chassaignac qui repose probablement sur une erreur de diagnostic, car l'incision n'amena qu'un jet de sang rutilant sans aucune parcelle de pus. Les autres exemples d'hémorrhagie cités appartiennent tous à des phlegmons péri-amygdaliens; or ces phlegmons sont situés dans une région beaucoup plus vasculaire que ceux dont nous nous occupons.

Voici une observation d'abcès pharyngien probablement ganglionnaire, dans laquelle la tumeur a été ponctionnée dès le moment où elle a été perçue par le chirurgien et avant qu'elle eût présenté de l'élasticité ou de la fluctuation.

OBSERVATION LII

Abcès rétro-pharyngien chez un enfant de quinze mois. Ponction. Guérison.

L'enfant X., âgé de 15 mois, du sexe masculin, habite un logement sain aux environs de Genève, à Plainpalais; il a été nourri au sein pendant deux mois par sa mère; le lait ayant passé, celle-ci eut recours au biberon; depuis trois mois l'enfant est nourri à la cuillère, il prend du lait, du bouillon, des légumes et même de la viande.

C'est le 25 avril 1868 que la maladie a débuté par de la raideur du cou, un bruit de râle dans la respiration, des mucosités dans la bouche et de la toux chaque fois que l'enfant prend sa nourriture.

Le 1er mai parut de la dyspnée et un engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires du côté droit principalement. Mon excellent confrère, le Dr Rapin, appelé ce jour-là, constata la présence du râle muqueux dans les bronches et prescrivit un vomitif.

Le 2 mai, symptômes plus graves, l'enfant ne peut rester au lit et crie dès que la mère ne le maintient pas assis. La tu-

méfaction ganglionnaire a diminué, grande abondance de mucosités dans l'arrière-gorge.

Le 3 mai au matin, dyspnée et dysphagie plus intenses ; M. Rapin, examinant le larynx, remarqua de la tuméfaction en arrière et surtout à droite ; portant le doigt dans cette région, il constata une tumeur dure et reconnut un abcès rétro-pharyngien ; il eut alors l'obligeance de venir me chercher pour voir avec lui le petit malade.

Le 3 mai, nous nous rendîmes ensemble à Plainpalais. L'enfant de chétive apparence a fort peu d'embonpoint, les muscles des membres sont grêles, peu consistants ; la face est pâle, mais n'offre pas d'autre signe d'asphyxie qu'une coloration rose violacée pâle des lèvres ; les extrémités ne sont pas froides, le nez et les ongles ont leur couleur normale. L'expression du visage est anxieuse, les yeux sont brillants ; nous remarquâmes tous deux que la mâchoire inférieure proéminait en avant de telle sorte, qu'elle dépassait la mâchoire supérieure. Le cartilage thyroïde fait saillie en avant autant que chez un adulte ; en arrière et de chaque côté du larynx, on sent un gonflement dur, comme si les amygdales étaient tuméfiées ; la peau des faces latérale et supérieure du cou offre une légère teinte rosée, on y voit par transparence quelques veines plus apparentes qu'à l'état normal. J'essayai de comprimer le larynx, la respiration devint plus difficile et l'enfant rejeta brusquement la tête en arrière ; le même effet se produisit lorsque j'appuyai sur les côtés du cou. Depuis l'avant-veille, l'enfant a toujours conservé la position assise ; les mouvements du cou ne sont pas impossibles, mais ils sont gênés, enraidis.

La respiration est pénible, sans être haletante, jamais il n'y a eu d'accès de suffocation ; à chaque inspiration on entend un bruit de ronchus à la fois muqueux et sifflant, comme si l'air pénétrait à travers une ouverture rétrécie. L'enfant auquel nous essayâmes de faire prendre une cuillerée de lait, l'avala avec quelque effort mais sans en rien rejeter, la mère nous dit, que dès qu'il avait fait deux ou trois mouvements de déglutition, il refusait tout ce qu'on lui offrait, mais sans avoir jamais vomi, sauf après l'émétique.

Toux catarrhale sans raucité ; les cris sont étouffés et accompagnés du bruit sifflant d'inspiration dont j'ai parlé. L'engorgement sous-maxillaire a disparu.

Le vomitif pris la veille a amené l'expulsion de mucosités peu abondantes et un soulagement assez marqué.

Je fis ouvrir la bouche de l'enfant sans difficulté, au moyen du manche d'une cuiller; l'isthme du gosier était occupé dans son entier, mais plus particulièrement à droite par une tumeur rose, lisse, revêtue d'un mucus transparent, faisant une saillie légèrement convexe en avant, refoulant à droite le pilier du voile du palais, sans que celui-ci, ni les amygdales fussent tuméfiés, ni rouges.

En introduisant le doigt dans le pharynx, je sentis au fond de cet organe une tumeur sphérique, un peu inclinée à droite, de la largeur d'une noix, dure, presque sans élasticité, ne donnant point la sensation de la fluctuation, ayant une base large, implantée dans la paroi postérieure du pharynx, libre de toute adhérence avec les piliers et pouvant se circonscrire jusqu'à son bord inférieur qui se trouvait au-dessus de l'ouverture supérieure du larynx; l'épiglotte occupait sa place normale. Quelque rapide que fût cet examen, il amena de la pâleur et une aggravation de la dyspnée.

Nous proposâmes immédiatement à la mère de ponctionner la tumeur, et après avoir enveloppé un bistouri droit jusqu'à un demi-centimètre de la pointe, d'une bandelette de sparadrap, je l'enfonçai directement en arrière sur la ligne médiane, en me guidant sur l'index de la main gauche. Une large nappe de pus fut immédiatement projetée en avant par la bouche et par le nez et vint tomber à mes pieds. Nous évaluâmes à une cuillerée à soupe et demie la quantité du pus qui s'écoula ainsi; il était fort épais, blanc jaunâtre, avec quelques stries sanguines, sans odeur. L'enfant fut tenu la tête inclinée en avant et rendit encore quelques flocons purulents; il reprit immédiatement une apparence de bien-être et respira avec plus de facilité.

Aucun traitement ne fut prescrit, nous engageâmes seulement la mère à donner à boire à l'enfant du lait et du bouillon chaque fois qu'il paraîtrait le désirer.

4 mai. L'enfant a vomi à deux reprises dans la journée du 3, aussitôt après avoir pris les boissons qui lui étaient offertes et à la suite d'efforts de toux. Il y avait encore du pus dans les matières vomies. Le facies de l'enfant est naturel, il n'exprime plus d'anxiété, les joues sont légèrement colorées en rose, pas de dyspnée, mais l'inspiration fait encore entendre un faible bruit de sifflement. Toux catarrhale; la déglutition se fait bien; 132 pulsations régulières.

Je ne pus découvrir le point où mon bistouri avait percé la

paroi pharyngienne. Au toucher on sent encore la tumeur, mais elle est molle et beaucoup moins saillante; après l'avoir comprimée, j'ai vu s'accumuler au fond du gosier du pus mélangé de mucus.

5 mai. L'enfant dort tranquillement dans le décubitus dorsal. Pas de vomissements. Toux, 128 pulsations. Râle muqueux à l'auscultation, surtout au côté droit en arrière.

7 mai. L'enfant boit avec facilité, il n'y a plus aucune dyspnée, ni d'inspiration sifflante. Léger râle sous-crépitant à la base des deux poumons, surtout à droite, 108 pulsations. On ne sent plus aucune tumeur au toucher, mais on voit encore du mucopus sur le pharynx et à la base du larynx.

L'amélioration a continué et l'enfant n'a plus éprouvé aucun symptôme morbide.

Cette observation présente la particularité assez rare d'une absence complète d'accès de suffocation ; la dyspnée était continue, sans être très intense. Le traitement chirurgical a été institué à une période peu avancée de la maladie, dès le moment où la tumeur a été reconnue ; c'est, je crois, la conduite qu'on devra tenir toutes les fois que l'abcès pourra être incisé sur la ligne médiane du pharynx.

Pour pratiquer l'ouverture interne d'un abcès rétro-pharyngien, la première condition à remplir est de faire maintenir solidement la tête du malade par un aide. Lorsque la collection purulente s'étend en largeur, il est bon de faire comprimer en même temps les deux côtés du cou, de façon à augmenter la saillie antérieure de l'abcès.

Je n'ai pas à énumérer ici les divers moyens employés pour écarter les mâchoires, maintenir la bouche ouverte et abaisser la langue; aucun instrument n'est préférable au doigt, qui sert à la fois d'abaisse-langue et de guide pour le bistouri.

Le chirurgien introduira donc l'indicateur de la main gauche entouré de linge jusqu'au point culminant de l'ab-

cès ; s'il s'agit d'un adulte, on peut se servir à la fois de l'index et du médius, et faire glisser l'instrument le long de l'intervalle de ces deux doigts. La manœuvre est toujours difficile et délicate, surtout chez les enfants, à cause de l'étroitesse de la cavité buccale, des nausées, de l'angoisse et de la suffocation provoquées par l'introduction du doigt et de l'instrument piquant ; il est donc indispensable d'opérer très rapidement et sans chercher à voir la tumeur.

Le bistouri droit est l'instrument préférable dans la majorité des cas, pourvu qu'on ait soin d'envelopper la lame jusqu'à la pointe d'un ruban ou d'une bandelette de diachylum. L'instrument sera dirigé le long du bord droit de l'index, directement en arrière, en s'écartant le moins possible de la ligne médiane. Il faut le pousser hardiment et profondément, car la paroi antérieure de l'abcès, constituée par une couche musculo-membraneuse, peut être assez épaisse. On inclinera la pointe de l'instrument en bas et en arrière, lorsque l'abcès sera situé au-dessous du niveau de la base de la langue, ou au contraire en haut en soulevant le voile du palais si le foyer est situé dans le cul-de-sac supérieur du pharynx. On devra chercher à donner à l'incision une certaine étendue, surtout à prolonger sa limite inférieure.

Lorsqu'il sera impossible de conduire le bistouri à l'aide du doigt, la ponction pourra encore se faire en employant un trocart droit ou courbe, un bistouri boutonné, recourbé et tranchant dans la convexité, un ténotome, ou enfin le pharyngotome de Jean-Louis Petit.

Voici la description de cet instrument [1] :

« Le pharyngotome porte une lancette renfermée dans

[1] Œuvres complètes de J.-L. Petit. Paris, 1844. p. 402

une canule, à l'extrémité de laquelle se trouve une espèce de platine qui sert à baisser la langue et à l'assujettir pendant qu'on désigne le lieu où on doit plonger la lancette, ce qu'on fait en poussant le bouton qui se trouve à l'extrémité extérieure de la tige à laquelle est attachée la lancette.... Je désapprouve ceux qui ont fait faire des pharyngotomes courbes, parce que la lancette ne peut se mouvoir aussi facilement dans une gaîne courbe qu'elle se meut dans une droite. »

On voit par cette dernière phrase que le pharyngotome a déjà été modifié du vivant de son inventeur ; il a subi encore plus tard de nouveaux changements ; Bégin [1] parle d'un ressort en spirale fixé dans le manche et destiné à faire rentrer la lame dans son étui.

Lorsque le médecin n'aura été appelé qu'après l'ouverture spontanée d'un abcès post-pharyngien, pour peu qu'il constate encore la présence de la dyspnée et des autres symptômes, l'expérience prouve que sa conduite doit être la même que s'il avait affaire à un abcès non ouvert ; il devra donc sans hésiter agrandir le pertuis ou pratiquer une incision comme dans l'observation suivante.

OBSERVATION LIII

Du Dr BORDÈRES

Abcès rétro-pharyngien. Ouverture spontanée. Incision. Guérison.

Chez un malade atteint de scarlatine bénigne avec symptômes d'angine, il survint, le sixième jour, une gêne plus grande de la

[1] Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, article Pharyngotome. Paris, 1834, t. XII, p. 626.

déglutition, la respiration devint bruyante, anxieuse; l'angine dont on n'avait pas tenu compte jusque-là attira l'attention, mais on ne constata que la rougeur et un peu de gonflement œdémateux de la paroi postérieure du pharynx. Les accidents ne faisant que croître les jours suivants, on dut soupçonner un abcès placé hors de la vue. On administra l'ipeca à doses vomitives.

Dans la journée, le malade sentit, pendant les efforts de vomissements, une déchirure dans la gorge qui s'accompagna d'un soulagement instantané et de l'évacuation d'une matière puriforme mêlée de sang.

Pendant la nuit, les accidents de suffocation reparurent, et le lendemain matin une exploration très profonde avec le doigt, permit de sentir une tumeur molle derrière le larynx, au devant de la colonne vertébrale. La pression du doigt fit sortir une petite quantité de pus louable par un orifice qu'on découvrit alors sur la limite où la muqueuse disparaît à la vue, cachée par la base de la langue. C'est par cette rupture que les efforts de vomissement, avaient la veille évacué la tumeur, mais le pertuis se trouvant à la partie supérieure, le liquide formé depuis s'était accumulé au fond du cul-de-sac.

On se servit alors de ciseaux coudés sur le côté, presque à angle droit; l'une des pointes[1], garnie de petites boules de cire, fut introduite par l'orifice jusqu'au fond du cul-de-sac, introduction rendue difficile par les efforts de vomissement. On y arriva cependant et toute la paroi de l'abcès, dans l'étendue de trois centimètres environ, fut incisée; cette paroi, d'ailleurs, était mince et ne semblait formée que par la muqueuse décollée. L'abcès se vida immédiatement, le soulagement fut complet et instantané: au bout de quelques jours le malade était guéri.

On peut comparer ce cas à ceux où l'insuffisance d'une première ouverture artificielle a nécessité deux ou plusieurs incisions, et l'on en conclura, contrairement à l'opinion de M. Bordères, que c'est l'étroitesse du pertuis, et

[1] On trouve ce procédé déjà indiqué dans la Gazette médicale de Paris (2me série, 1842, t. X, p. 394), mais contrairement à l'opinion de l'auteur de l'article, je ne crois l'emploi des ciseaux coudés indiqué, que lorsqu'il s'agit, comme ici, d'agrandir une ouverture déjà existante.

non pas sa position trop élevée relativement à l'abcès, qui a permis aux accidents de se renouveler avec leur gravité première. Notons encore le procédé opératoire suivi pour élargir cette ouverture ; il est très ingénieux et mérite d'être imité en semblable occurrence.

Dès que la pointe du bistouri a pénétré dans la poche purulente, le liquide s'écoule en jaillissant hors du nez et de la bouche, et le malade devra se pencher en avant pour faciliter cet écoulement.

Après avoir donné quelque repos au malade, et avoir injecté de l'eau tiède dans la bouche ou administré un gargarisme, le chirurgien cherchera à s'assurer de la place qu'occupe son incision et de l'étendue qu'il a pu lui donner. Si l'ouverture est étroite et ne donne pas largement issue au pus, il faut immédiatement l'agrandir au moyen du bistouri boutonné, ou mieux encore avec des ciseaux mousses coudés sur leurs bords ; on évite ainsi le retour des accidents et la nécessité de renouveler l'opération. Chez les petits enfants, cette incision secondaire immédiate sera difficile, souvent même impossible, à cause des cris et de l'agitation qui suivent la première ponction ; mieux vaudra dans ce cas attendre un ou deux jours, et ne recourir à l'incision secondaire que si la dyspnée reparaît.

Je ne crois pas devoir attacher une grande importance aux injections ou gargarismes recommandés comme soins consécutifs. Ainsi que nous l'avons vu, le mouvement de contraction des muscles servant à la déglutition est à lui seul le meilleur détersif de la cavité purulente, dès l'instant où elle a été ouverte. La formation de clapiers à la portion déclive de l'abcès et l'introduction d'aliments solides ou liquides dans son intérieur sont des accidents qui n'ont encore été observés que dans les phlegmons gangréneux

accompagnés de perforations larges et multiples ; il sera utile, dans ces occasions, d'employer la sonde œsophagienne pour alimenter le malade.

L'incision externe a réussi deux fois sur quatre ; elle peut être indiquée lorsqu'une tumeur fluctuante bien évidente se montre au devant du cou ; il est plus commode d'opérer à ciel ouvert que d'enfoncer son bistouri à travers une cavité profonde. Mais les abcès de la région cervicale n'étant en général qu'un diverticulum de l'abcès profond, leur ouverture n'amène point toujours l'évacuation complète du foyer principal ; malgré cette opération, les symptômes graves persistent, s'accroissent même, et l'on est obligé de recourir plus tard à l'incision interne ; mieux vaudra donc toujours commencer par celle-ci, quitte à faire par la suite une contre-ouverture au dehors si cela est indiqué, comme dans l'observation XIV.

Les difficultés de cette opération varieront beaucoup suivant la région du cou qui sera occupée par la tumeur fluctuante. Nous avons vu chez un malade la collection siéger très profondément, et nécessiter une dissection couche par couche des téguments et des muscles de la région sous-hyoïdienne (obs. XLV). M. Gillette conseille dans ces cas de phlegmons profonds, d'inciser en arrière du muscle sterno-mastoïdien dans la direction prescrite pour l'opération de l'œsophagotomie. Aug. Berard[1] recommande de faire maintenir les doigts d'un aide sur la carotide primitive, afin d'indiquer au chirurgien la ligne qu'il ne doit pas dépasser au dehors. Une fois les couches superficielles incisées, un stylet d'ivoire (Petrunti) ou une

[1] Dictionnaire de médecine, en 30 vol., t. XXIV, p. 211, Paris, 1841.

sonde cannelée (Lisfranc[1]) devront remplacer l'instrument aigu.

Après que le pus se sera écoulé, on devra passer un tube de drainage dans l'ouverture et favoriser la sortie du liquide par de légères pressions et des applications émollientes.

A ne considérer que les faits déjà cités, le compte de la trachéotomie serait vite réglé, car il solde par quatre morts pour quatre opérations. Faut-il donc exclure entièrement la trachéotomie du traitement des abcès pharyngiens?

Les raisons ne manquent pas pour répondre par l'affirmative. Il est bien évident, en effet, que toutes les fois qu'il sera possible d'ouvrir directement un abcès rétro-pharyngien, cette incision devra être préférée à tout autre traitement; elle est beaucoup plus prompte et plus aisée à faire que la trachéotomie; elle n'expose pas à des complications du côté des organes thoraciques; enfin, nous avons vu que chez les malades atteints d'angine phlegmoneuse, l'introduction et le maintien de la canule dans la trachée pouvaient être rendus impossibles par le rétrécissement d'avant en arrière du tube aérien (obs. II).

La trachéotomie devra cependant être réservée comme dernière ressource pour les cas où la collection purulente sera complétement inaccessible au doigt ou à l'instrument porté directement dans le pharynx. Bien qu'aucun exemple de ce genre ne me soit connu, on peut admettre la possibilité d'une contracture absolue des masseters ou l'existence d'une tumeur implantée très profondément dans le pharynx, excluant toute tentative de ponction directe. L'incision de la trachée sera alors formellement indiquée, mais n'offrira que peu de chances de succès.

[1] Médecine opératoire, Paris, 1845, t. I, p. 408.

Je crois devoir ajouter ici que la marche à suivre dans le traitement des abcès idiopathiques, telle que je viens de la formuler, ne s'applique plus à la thérapeutique des collections purulentes ayant pour origine une affection des vertèbres cervicales. Dans cette affection habituellement chronique, la formation de l'abcès, presque toujours lente, ne s'accompagne pas de symptômes inflammatoires; la dyspnée et la dysphagie peuvent manquer complétement, ou du moins ne se montrer qu'à un faible degré. L'abcès n'est d'ailleurs qu'un épiphénomène dans une maladie très grave. Il n'y a donc lieu de recourir au bistouri que lorsque la suffocation et les autres symptômes occasionnés par la tumeur purulente menacent la vie du malade. L'incision peut alors faire disparaître ces symptômes; on a même observé quelques exemples de guérison de la maladie à la suite de l'expulsion spontanée ou de l'extraction de fragments osseux à travers le pharynx [1].

N'oublions pas non plus que la carie des vertèbres peut suivre une marche aiguë et donner lieu en peu de temps à la formation d'un abcès rétro-pharyngien (obs. XLIII). Le traitement doit alors être le même que pour les abcès idiopathiques.

[1] Voyez: Syme, Edinburgh med. and surg. Journal, avril 1826, et Uhde, Deutsche Klinik, Berlin, 1856, vol. VIII, p. 34.



TABLE DES MATIÈRES

